

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2009

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 15. Dezember 2008

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

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	4
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	4
2.2 Datenaufbereitung	5
2.3 Ableitung der Klassifikation	6
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	8
2.5 Zusatzentgelte	10
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	11
3 G-DRG-SYSTEM 2009	12
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	12
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	14
3.2.1 Datenbasis	14
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	14
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	20
3.2.2 Vorschlagsverfahren	22
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	22
3.2.2.2 Beteiligung	23
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	23
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	25
3.3.1 Anpassung der Methodik	25
3.3.1.1 Kalkulationshandbuch Version 3.0	25
3.3.1.2 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	26
3.3.1.3 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	35
3.3.1.4 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	38
3.3.1.5 Überarbeitung der CCL-Matrix	41
3.3.1.6 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	45
3.3.1.7 Berechnung der Bezugsgröße	46
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	48
3.3.2.1 Alkohol- und Drogengebrauch	48
3.3.2.2 Augenheilkunde	48
3.3.2.3 Besondere Versorgungsbereiche	49
3.3.2.4 Epilepsie	49
3.3.2.5 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	50
3.3.2.6 Extremkostenfälle	50

3.3.2.7	Frührehabilitation	52
3.3.2.8	Gastroenterologie/Endoskopie	52
3.3.2.9	Geburtshilfe	53
3.3.2.10	Geriatric	54
3.3.2.11	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	55
3.3.2.12	Handchirurgie	56
3.3.2.13	Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen	57
3.3.2.14	Intensivmedizin	60
3.3.2.15	Komplizierende Konstellationen	64
3.3.2.16	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Kinderkardiologie und -herzchirurgie	66
3.3.2.17	Mehrfacheingriffe	70
3.3.2.18	Multiple Sklerose	72
3.3.2.19	Multiresistente Erreger/Septische Krankheitsbilder	73
3.3.2.20	Onkologie	73
3.3.2.21	Parkinson-Syndrom	76
3.3.2.22	Querschnittlähmung	77
3.3.2.23	Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	78
3.3.2.24	Schlaganfall	79
3.3.2.25	Schmerztherapie	82
3.3.2.26	Tuberkulose	83
3.3.2.27	Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie	84
3.3.2.28	Versorgung von Kindern	85
3.3.3	Bewertung von bisher unbewerteten Leistungen	87
3.3.4	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	88
3.3.5	Formale Änderungen	92
3.3.5.1	Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit	92
3.3.5.2	Sortierung	100
3.3.6	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	101
3.3.6.1	Überleitung auf die ab 1. Januar 2009 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	101
3.3.6.2	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	102
3.3.6.3	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	104
3.3.6.4	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	105
3.3.7	Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien	106
3.4	Statistische Kennzahlen	108
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	108
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	108
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	108
3.4.1.3	Zusatzentgelte	109
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	112
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	114
3.4.4	Analyse der Verweildauer	119
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2005, 2006 und 2007	119
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	121
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	128
	ANHANG	129

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
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
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV ₁	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatemkapazität)
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 bzw. 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 bzw. 2007)
GBq	Gigabecquerel
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)

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 GmbH
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
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 ²	Varianzreduktion
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
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
V	Version
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 gemacht 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 2009 hat sich – gemessen an der statistischen Größe der Homogenität – noch einmal verbessert.

Den 251 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 Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin durch ihre aktive Mitarbeit zur Weiterentwicklung und Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems beitragen. Dies gilt insbesondere auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch Teilnahme am Vorschlagsverfahren 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 2009. 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 Sachverständs bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 (Vorschlagsverfahren 2009)“ 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 2009 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. Gleichzeitig haben die Kalkulationskrankenhäuser die in der aktualisierten Fassung des Kalkulationshandbuchs (Version 3.0) beschriebenen Weiterentwicklungen der Kalkulationsmethodik erfolgreich umgesetzt. Durch die Aktualisierung des Kalkulationshandbuchs wurde die Datenqualität aller Kalkulationskrankenhäuser weiter verbessert, gleichzeitig aber die „Messlatte“ für Erstteilnehmer an der Kalkulationsrunde höher gelegt. Davon unbeeindruckt haben die Kalkulationskrankenhäuser erneut erfolgreich eine Stichprobe mit guter Datenqualität abgeliefert.

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beruht grundsätzlich auf den Daten eines abgeschlossenen Kalenderjahres – für das G-DRG-System 2009 auf den Daten des Jahres 2007. 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 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* 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. Die Krankenhäuser erhalten neben einer Grundvergütung eine von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze abhängige fallbezogene Vergütung. Dafür wurde im Rahmen des DRG-Systemzuschlags 2008 ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,62 € erhoben. Damit zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern 2008 eine pauschalierte Vergütung mit einem Gesamtvolumen von rund 9 Mio. €.

Mit einem gemeinsamen Grundsatzbeschluss zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems haben die Spitzenverbände der Krankenkassen (seit 01. Juli 2008 GKV-Spitzenverband), 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 15. August 2008 den Entwurf eines G-DRG-Systems für 2009 vor. Nach Abschluss der Beratungen der Selbstverwaltungspartner schlossen diese am 23. September 2008 die „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (Fallpauschalenvereinbarung 2009 – FPV 2009)“ ab. Diese Vereinbarung umfasst die folgenden Bestandteile für das G-DRG-Vergütungssystem 2009:

- 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. Die Kostenprofile/Klinischen Profile stehen ausschließlich in Browser-Form auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) zum Herunterladen zur Verfügung. Neben dem Browser für die Versorgung durch Hauptabteilungen findet sich dort auch ein Browser für die eigenständig kalkulierten DRGs bei belegärztlicher Versorgung.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Dr. Martin Braun
Abteilungsleiter Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter Ökonomie

Siegburg, im Dezember 2008

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 2009 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) 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 3.0“) beschriebene Methodik anwenden.

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

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

Die inhaltliche Datenprüfung erfolgte durch das InEK. Die nach technischer Prüfung fehlerfreien Daten durchliefen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf drei Ebenen:

- Die ökonomischen Prüfungen erstreckten 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 medizinischen Prüfungen bezogen sich auf die medizinischen Fallinformationen, insbesondere auf 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-ökonomischen Prüfungen nahmen Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und ökonomischen Falldaten vor. Im Rahmen von feldübergreifenden Prüfungen wurden Abhängigkeitsbeziehungen untersucht, die z.B. das Vorliegen und die Höhe 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 zu jeder Datenlieferung 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:

- Fallzusammenführung: Die DRG-Abrechnungsbestimmungen sehen unter bestimmten Bedingungen die Zusammenführung mehrerer Aufenthalte eines 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). Mit dem Datenjahr 2007 wurden in die Datensatzbeschreibung für die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG die Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“

aufgenommen. Damit konnten erstmals Datensätze eindeutig identifiziert werden, für die das Krankenhaus eine Fallzusammenführung nach den DRG-Abrechnungsbestimmungen durchgeführt hatte. Die übrigen Datensätze wurden unter Berücksichtigung der neuen Datenfelder auf die Bedingungen der FPV analysiert und ggf. nach den Regeln zur Fallzusammenführung zu einem Fall zusammengeführt.

- 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 01.01.2007 aufgenommen, aber erst 2007 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 2007 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.

Bei der Analyse der Änderungsvorschläge 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, rechenbaren 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 2009 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 Kostenmittelwerts 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 errechnet sich unter Beachtung der Kalkulationsbedingungen die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der entsprechenden Fallmenge mit belegärztlicher Versorgung durch die Bezugsgröße. Im Übrigen 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 2009 für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte der Grenzkostenfaktor nicht berücksichtigt 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 Schiefelage 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 Tumorthherapie.

Für eine ausreichend differenzierte Analyse der potentiell zusatzentgeltrelevanten Leistungen werden 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 werden definierte Leistungsausschnitte einer Gesamtbehandlung betrachtet. 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 (Dialyse) – unter Berücksichtigung der Angaben über Anzahl bzw. Durchführungsdauer des jeweiligen Verfahrens – die Berechnungsgrundlage für das Zusatzentgelt. Die Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur fließen über einen pauschalen Zuschlag in die Bewertung ein.

Die Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten ist durch variable Mengenverbräuche je Behandlungsfall gekennzeichnet. Dieser Tatsache wird durch die Bildung von leistungsindividuellen Dosisklassen, die sich an der Dosis- und Kostenverteilung des jeweiligen Wirkstoffs oder Blutprodukts ausrichten, Rechnung getragen. Für ein Zusatzentgelt ergibt sich der vergütungsrelevante Kostenwert je Mengenkategorie somit aus der Kostenverteilung innerhalb der jeweiligen Mengenkategorie. Als Grundlage für die Kalkulation der mit der Leistung verbundenen Kosten dienen die von den Kalkulationskrankenhäusern 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 3.3.6.

3 G-DRG-System 2009

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2009 umfasst insgesamt 1.192 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2009	1.192	+ 55
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.146	+ 57
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	41	- 2
davon rein teilstationäre DRGs	5	0

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2009

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV) befinden sich 74 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 64). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV) liegt bei 53 (Vorjahr: 51).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Version 2009 wurden im Rahmen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 19,0 Mio. Fällen aus 1.726 Krankenhäusern übermittelt. Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 251 um zwei höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,1 Mio. Fälle und ist im Vergleich zum Vorjahr um 9% angestiegen.

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 in diesem Jahr umfangreiche Arbeiten. In erster Linie zu nennen ist die transparentere Darstellung der einzelnen Fallgruppen einer DRG in Form einer Listen- und einer Tabellendarstellung in den Definitionshandbüchern. Weiterhin erfolgten Zusammenfassungen inhaltsähnlicher DRGs zu gemeinsamen Basis-DRGs sowie Entkondensationen, wobei der Schwerpunkt auf der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* lag, aber auch in anderen MDCs erfolgten analoge Umbauten und Logikvereinfachungen. Die Auswirkungen aller Umbauten am G-DRG-Algorithmus macht in bewährter Weise die kommentierte Migrationstabelle sichtbar.

- **Intensivmedizin**

Die 2009 vorgenommenen Veränderungen im intensivmedizinischen Bereich stellen hauptsächlich Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen der Vorjahre dar. Ein Schwerpunkt der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 waren vor allem intensivmedizinisch versorgte Kinder. Sowohl durch

reine Alterssplits als auch durch kinderspezifische Diagnosen und Prozeduren als Definitionskriterium konnten vor allem innerhalb der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC (A06 bis A13) intensivmedizinisch versorgte Kinder sachgerechter abgebildet werden. Darüber hinaus konnten in einem ersten Schritt in zwei DRGs die neuen OPS-Kodes *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* berücksichtigt werden.

- Querschnittlähmung

Die Komplikationsbehandlung bei chronischer Querschnittlähmung war Gegenstand umfangreicher und detaillierter Analysen mit dem Ziel einer Aufwertung entsprechender Fälle. Im Vordergrund standen dabei die Bereiche Probleme des Sehnen-Muskel-Apparates (MDC 08), Dekubitus (MDC 09) und Komplikationen an den Harnwegen (MDC 11). Auf Basis von mehreren neuen DRGs und Aufwertungen an zahlreichen Stellen erfährt die Komplikationsbehandlung bei chronischer Querschnittlähmung im G-DRG-System Version 2009 eine besondere Berücksichtigung.

- Pädiatrie

Neben der Etablierung von 18 neuen Kinder-Alterssplits im Rahmen der alljährlichen Untersuchung aller DRGs auf die Eignung von Alterssplits als möglichem Kostentrenner führten auch weitergehende Analysen z.B. im Bereich der Intensivmedizin zu einer verbesserten Abbildung von kinderintensivmedizinisch versorgten Fällen in der MDC 04. Eine systemübergreifende differenziertere Abbildung von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen konnte durch die Aufnahme bzw. Aufwertung von zahlreichen Diagnosen für diese Erkrankungen in die CCL-Matrix erreicht werden. Für den Bereich der medikamentösen Therapien konnte für die *Gabe von Palivizumab, parenteral* (ZE98) ein neues Zusatzentgelt etabliert werden, welches ausschließlich für die Behandlung von Kindern abrechenbar ist.

- Schlaganfall

Die Schwerpunkte im Themenkomplex Schlaganfall lagen in diesem Jahr auf der Konstellation Schlaganfall und gleichzeitige Langzeitbeatmung bzw. intensivmedizinische Komplexbehandlung sowie der anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, die in diesem Jahr erstmals auf Basis regulärer Daten untersucht werden konnte. Mit der Auflösung der „Schlaganfall-Umleitung“ in der Prä-MDC und Einführung der „anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ als Splitkriterium ist eine umfangliche Neuordnung in diesen Bereichen verbunden.

- Komplizierende Konstellationen

Aufwendige Fallkonstellationen wurden in diesem Jahr umfangreich untersucht und überarbeitet. Dabei zeigte sich innerhalb der Funktion „Komplizierende Prozeduren“ keine durchgehende Gleichwertigkeit von aufwendigen Fällen sowie eine starke Prozedurenlastigkeit. Aus diesem Grund wurde eine MDC-bezogene Anpassung vorgenommen sowie mehrere MDC-bezogene Funktionen („Komplizierende Konstellationen“) etabliert. Dabei kam es sowohl zur Aufnahme von Diagnosekodes als auch zu Streichungen von Prozeduren, wenn sich diese nicht mehr als relevant gezeigt haben.

■ **Bewertung von bisher unbewerteten Leistungen**

Intensive Bestrebungen bzgl. einer möglichen Abbildung von Leistungen im G-DRG-System, für die bisher krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden mussten, führten zu einer bundesweit einheitlichen Pauschalierung von insgesamt vier DRGs, die damit aus Anlage 3a (nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete vollstationäre Leistungen) zurückgeführt werden konnten. Darüber hinaus konnten zahlreiche bisher unbewertete Zusatzentgelte in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2009 eingegliedert werden.

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

	G-DRG-System 2008	G-DRG-System 2009	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7408	0,7440	0,4
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8295	0,8345	0,6

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2008 und im G-DRG-System 2009 (Datenbasis: Datenjahr 2007)

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 in 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	1.726	251
Anzahl Betten	473.205	99.665
Anzahl Fälle	19.018.135	4.377.021

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen (Stand: 9. Juni 2008)

Durch die Erhebung von DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG liegt ein nahezu vollständiges Bild des voll- und teilstationären Leistungsgeschehens in Deutschland vor. Die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG wurden u.a. für die Berechnung der Bezugsgröße verwendet (siehe Kap. 3.3.1.7).

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt um zwei höher 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 1.726 Krankenhäusern bzw. 251 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 und Nordrhein-Westfalen die größten Anteile einbezogener Krankenhäuser.

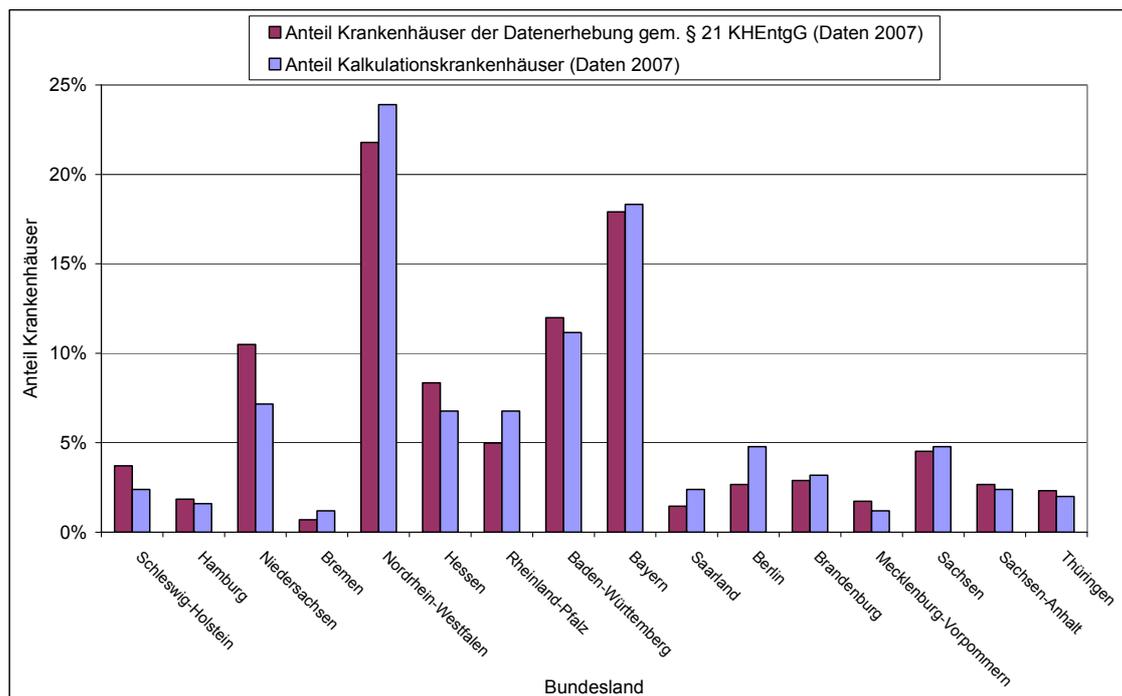


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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 zehn Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenjahr 2006 ist der Anteil kleinerer Krankenhäuser bis 300 Betten bei den Kalkulationskrankenhäusern gesunken, während der Anteil der Krankenhäuser mit 301–600 Betten gestiegen ist. Die Anteile größerer Kalkulationskrankenhäuser (mit mehr als 600 Betten) sind im Vergleich der Datenjahre 2006 und 2007 insgesamt ähnlich.

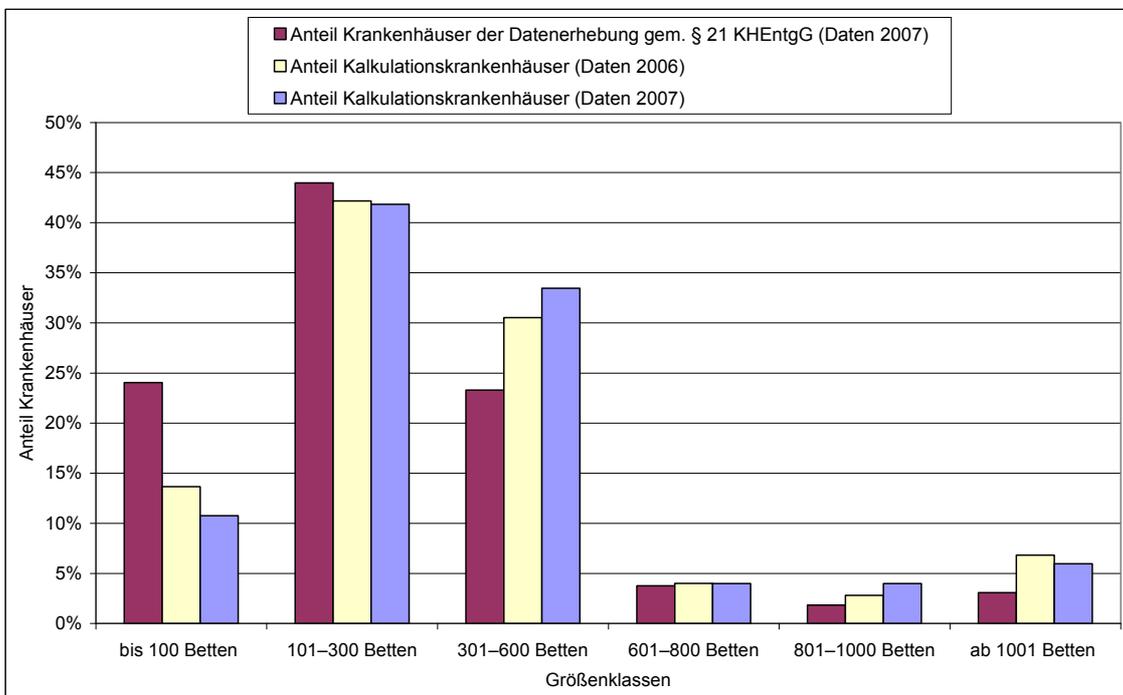


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 3 zeigt, dass es im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenjahr 2006 bei den Kalkulationskrankenhäusern einen Anstieg des Anteils der Krankenhäuser in frei-gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft gab, während der Anteil privat getragener Krankenhäuser gesunken ist.

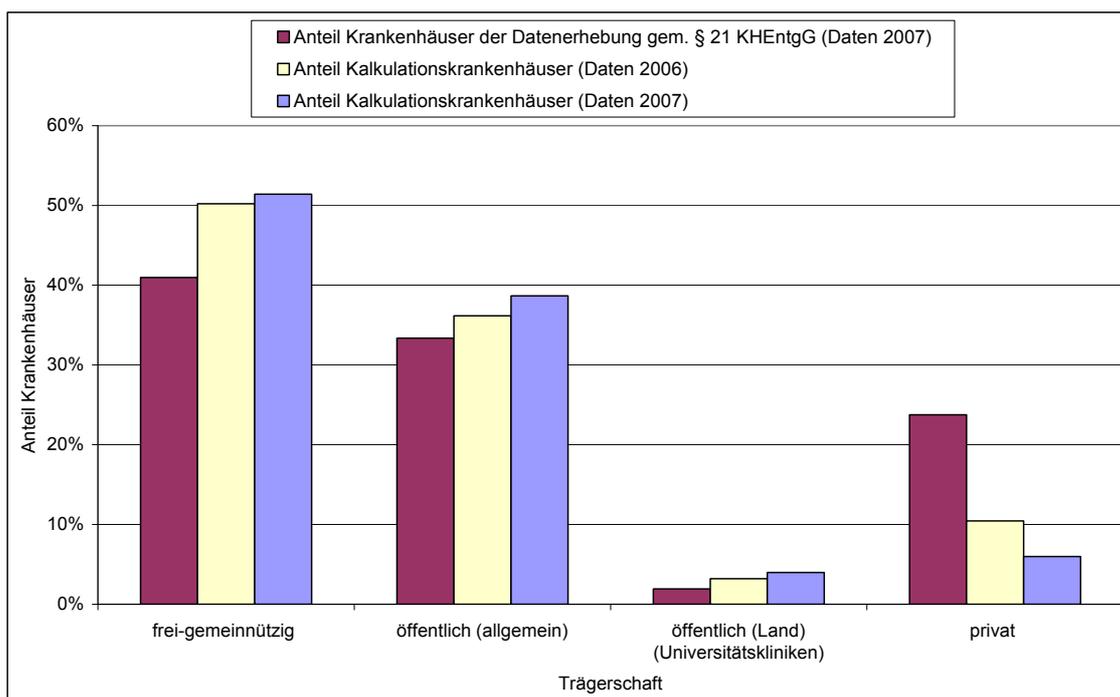


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der DRG-Datenstelle 0,17%. Damit ist die Fehlerquote erneut leicht gesunken. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG in den Krankenhäusern Routinestatus erreicht hat.

Die DRG-Datenstelle hat dem InEK Daten zu insgesamt 4.586.058 Fällen der Kalkulationskrankenhäuser bereitgestellt.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten: 1,8%; Kostendaten ohne Leistungsdaten: 0,4%) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung: 6,4%; Fälle der Psychiatrie und Psychosomatik bzw. Psychotherapie: 0,1%; Begleitpersonen: 2,4%) wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die insgesamt bereitgestellten Fälle.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 2,6 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 4.377.021 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 4).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 5 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.377.021 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Herkunftskorrektur	13,8	Bereinigung Personalkosten (Korrekturfaktor: 1,0722)
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,8	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,05	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,4	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 4.377.021 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 3.075.378 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK 33 Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 605.404 Kalkulationsdatensätze (14% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 29,7% der 4.377.021 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	3.746.454	2.614.576
Belegärztliche Versorgung	101.775	57.135
Teilstationäre Versorgung	528.792	403.667
Gesamt	4.377.021	3.075.378

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 2007

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lag also eine Fallmenge von 3.075.378 Fällen zugrunde.

Die folgende Abbildung 4 zeigt, dass im Vergleich zur Datenerhebung des Vorjahres der Anteil plausibler Fälle insgesamt leicht auf 70% gesunken ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einerseits die Prüfung auf Datenqualität im Vergleich zum Vorjahr nochmals angehoben wurde und andererseits die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser, die nach Abschluss der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen Daten geliefert haben, leicht gesunken ist (drei Krankenhäuser weniger).

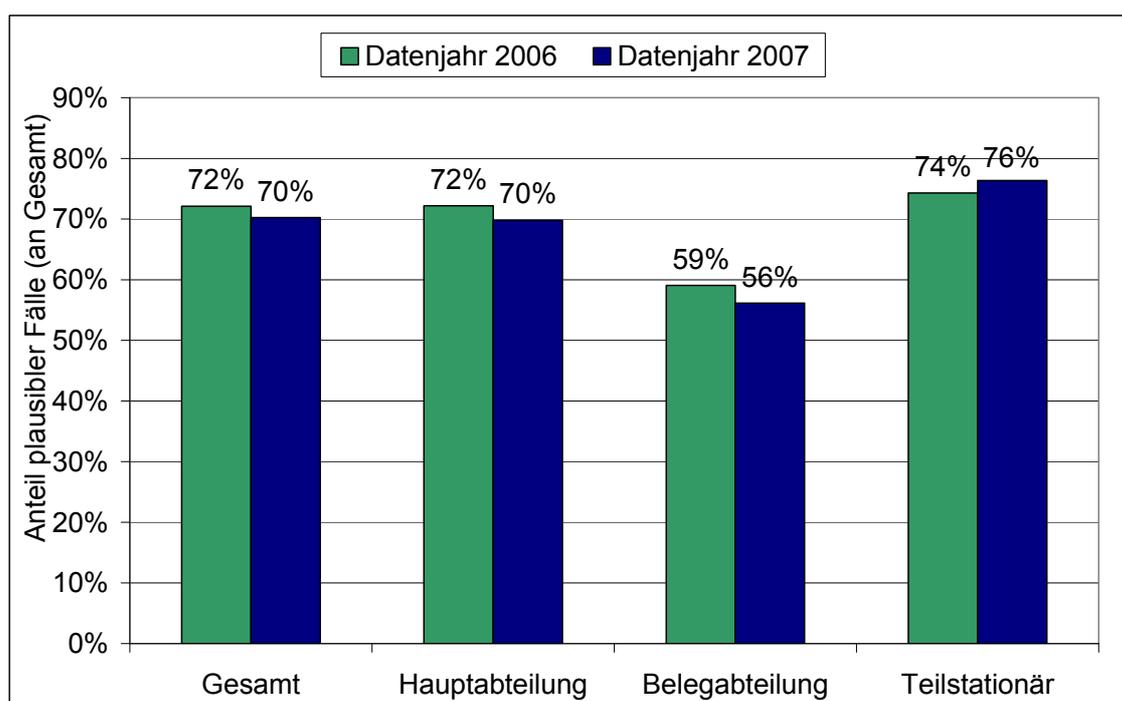


Abbildung 4: Anteil plausibler Fälle in den Datenerhebungen 2006 und 2007

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 2008 und dem OPS Version 2008 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2007 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2009 – oder nach Einführung neuer Codes für 2009 – erst im Jahr 2010 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 Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen in der ergänzenden Datenbereitstellung möglich. Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellung wurde wie üblich durch das InEK vorgegeben. 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 -verfahren, 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 Umsetzung der Einzelkostenzurechnung besonders teurer Sachmittel (Implantate, Blutprodukte, teure Medikamente) in den Kalkulationskrankenhäusern 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	214	44.897
Kostendaten zu Medikamenten	224	139.928
Kostendaten zu Neurostimulatoren	36	581

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 240 Kalkulationskrankenhäuser 371.248 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 8:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventionellen Verfahren	93	6.763
Falldaten zu Neurostimulatoren	36	581
Falldaten zu Blutprodukten	219	45.103
Falldaten zu Medikamenten	231	142.103
Falldaten zur Dialyse	143	11.946
Falldaten Intensivmedizinische Komplexbehandlung	160	156.283
Falldaten Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter	21	3.620
Falldaten zu weiteren Bereichen von (Komplex)behandlungen	52	4.849

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 29. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.
3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM Version 2008 bzw. OPS Version 2008 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 2009“ (Vorschlagsverfahren für 2009) wurde am 26. November 2007 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 Vorschlaginhalts wurde am 16. Mai 2008 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 sind 158 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 100 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 58 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich in etwa 1.000 Vorschläge, was ebenfalls einer geringeren Anzahl an Vorschlägen im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Dazu kamen ca. 50 Vorschläge aus den drei vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Kardiologie/Herz- und Gefäßchirurgie, Neurologie und Neurochirurgie, Geburtshilfe, Unfallchirurgie und Orthopädie, Transplantationschirurgie, Gastroenterologie, Anästhesie und Intensivmedizin und Urologie ein, wohingegen zu Themen wie Neonatologie, Rheumatologie, Gynäkologie, AIDS und Diabetes 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 Einzelcodes ohne Berücksichtigung „benachbarter“ Codes 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 2008 hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2009 waren nahezu drei Viertel 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 Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings

hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (29. Februar 2008) 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 2006 und 2007 entwickelte Methodik zur Überarbeitung der CCL-Matrix weiter 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 Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, so können sie ab dem Jahr 2009 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2010 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2008 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2007 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- **Duplikate**

Etwa 5% 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 2009 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 2008 abweichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.

- **Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen**

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2009 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2009) 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 740 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 38% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit etwas höher als im Vorjahr. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit ca. um den Faktor 10,2 höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge (insgesamt 6.788 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“) mit dem Ziel einer weiteren qualitativen Verbesserung der Kostenkalkulation herausgegeben. 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. Für die differenziertere Kostenkalkulation wird nun auch eine Mindestdifferenzierung des Kostenstellenplans vorgegeben. 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.

Die aktualisierte Fassung des Kalkulationshandbuchs wurde von den Kalkulationskrankenhäusern erstmals für das Datenjahr 2007 angewendet. Durch den Versand zusätzlicher, krankenhausindividueller Informationen zur Unterstützung der Kalkulation durch das InEK sowie das Engagement der Kalkulationskrankenhäuser konnte eine flächendeckende Umsetzung der Regelungen des neuen Kalkulationshandbuchs erreicht werden.

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 pauschalierte Vergütung für eine erfolgreiche Kalkulationsteilnahme, wenn für das Datenjahr 2007 die Fehlerquote von 20% überschritten wird. Ab dem Datenjahr 2008 ist eine Fehlerquote von maximal 15% Voraussetzung für eine erfolgreiche Kalkulationsteilnahme.

3.3.1.2 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die aus den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalls vermitteln.

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

Im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung wurden die bereits umfangreichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen weiter ausgebaut und verfeinert. Gleichzeitig wurden die erhöhten Kalkulationsanforderungen des neuen Kalkulationshandbuchs in die Prüfungen integriert. 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 erneut 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 fallbezogenen Bericht erhielten die Krankenhäuser die Ergebnisse der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Die Krankenhäuser haben auf Grundlage der Reporte die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermit-

telt. Mehrheitlich waren in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen notwendig, bis die erforderliche Datenqualität erreicht war. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhausesindividuelle Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Dabei wurden teilweise Kalkulationsergebnisse erzielt, die einer handbuchkonformen Umsetzung entsprachen, aber innerhalb der modularen Darstellung der Kostenmatrix auffällig waren. Bei zu großen Abweichungen innerhalb der modularen Struktur wurden die Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen basieren teilweise auf den zusätzlichen krankenhausesindividuellen Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Daher wurden im Vorfeld der Kalkulation die Kalkulationsgrundlagen abgefragt. Dazu gehörten u.a.

- die Summe der DRG-relevanten Kosten,
- die Anzahl der zu kalkulierenden Fälle,
- die berücksichtigten Abgrenzungstatbestände,
- Informationen über die Anwendung der PPR,
- die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle,
- detaillierte Abfragen zur Umsetzung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung,
- 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 zur Kalkulationsgrundlage nochmals erweitert. Die Erweiterung umfasst beispielsweise Informationen über Anzahl und Abteilungszugehörigkeit von Betten mit Intensivpflege, Informationen über die Erfüllung von Mindestmerkmalen entsprechender OPS-Kodes (z.B. *neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*, *intensivmedizinische Komplexbehandlung*) sowie Namen und Kostenvolumen der Kostenstellen, die der Kostenstellengruppe 11 (Übrige Diagnostik und Therapie) zugeordnet werden. Die Informationen zur Kalkulationsgrundlage sind integraler Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK und essentiell, um die Integrität der Gesamtdaten eines Krankenhauses beurteilen zu können.

Darüber hinaus hat das InEK Anregungen aus dem Kreise der Kalkulationsteilnehmer aufgegriffen und erstmals auch Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie auf Fallebene erfasst. Dabei mussten je durchgeführter Leistung die für die Kalkulation verwendeten Leistungsdaten (Schnitt-Naht-Zeit, Rüstzeit, Gleichzeitigkeitsfaktor im Bereich OP und Anästhesiologiezeit und Gleichzeitigkeitsfaktor im Bereich Anästhesie) getrennt für den ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst übermittelt werden. In einem ersten Schritt wurden die Daten für Konformitätsprüfungen auf Krankenhausebene verwendet. Bei der leistungsbezogenen Analyse der Leistungszeiten auf auffällig hohe bzw. niedrige Werte stand die Plausibilität der Gesamtdaten im Vordergrund. Auffällige Leistungsdaten stehen in einem engen Zusammenhang zu den Kalkulationsergebnissen im Kalkulationsdatensatz; entsprechend sollten die Kalkulationskrankenhäuser die auffälligen Leistungswerte berichtigen und korrespondierende Korrekturen bei der Berechnung der Kalkulationsdatensätze vornehmen.

Formale Konformität

Die Informationen zur Kalkulationsgrundlage geben klare Hinweise auf die korrekte Umsetzung des Kalkulationshandbuchs. Beispielsweise mussten sich die Angaben zu Fremdvergaben bzw. externer Leistungserbringung in den Kalkulationsergebnissen der entsprechenden Kostenmodule widerspiegeln.

Die Anwendung der PPR oder eines ähnlich sachgerechten Dokumentationssystems in der Pflege 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.

Die Informationen zur Kalkulationsgrundlage dokumentieren im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung die handbuchkonforme Umsetzung der Kostenstellenverrechnung der Infrastrukturkosten. Die Angaben zu den zu verrechnenden Kostenstellen, dem je Kostenstelle zu verrechnenden Kostenvolumen und den dabei verwendeten Verrechnungsschlüsseln geben konkrete Hinweise auf mögliche Abweichungen von einer handbuchkonformen Umsetzung der IBLV-Kalkulationsvorgaben und deren Auswirkungen auf das Kalkulationsergebnis. Durch die Überprüfung der verwendeten IBLV-Verrechnungsschlüssel konnte das InEK den Kalkulationskrankenhäusern konkrete Hinweise für eine Verbesserung der IBLV geben. Damit konnte die sachgerechte Zuordnung der Infrastrukturkosten nochmals gesteigert 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 plausibel und nachvollziehbar beschreiben. 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). Mit Herausgabe der aktualisierten Fassung des Kalkulationshandbuchs wurde auch eine Mindestdifferenzierung des Kostenstellenplans vorgegeben. Im Rahmen der formalen Konformität wurde entsprechend auch überprüft, ob das Kalkulationsergebnis mit dieser Mindestdifferenzierung in Einklang zu bringen ist. 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 insbesondere auf Grundlage der zu liefernden Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie verfeinert.

Bei der Einzelkostenzuordnung bestand für bestimmte Artikelgruppen die alternative Möglichkeit, die Kosten mit Hilfe eines klinischen Verteilungsmodells (KVM) den Behandlungsfällen zuzuordnen. Die Kalkulationskrankenhäuser mussten KVM vor Verwendung dem InEK zur Prüfung auf Verursachungsgerechtigkeit und Handbuchkonformität vorlegen. Erst nach Genehmigung durch das InEK durften KVM von den Kalkulationskrankenhäusern verwendet werden. Bei Abweichungen vom genehmigten KVM wurden die betroffenen Datensätze für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht verwendet, wenn die Auswirkungen der Abweichung zu messbaren Verzerrungen im Kalkulationsergebnis des Krankenhauses geführt haben.

Weitere Prüfungen 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 tat-

sächlich 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 bzw. korrigiert 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 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 drei Aggregationsebenen:

- Krankenhausebene
- Teilbereichsebene
- Fallebene

Prüfungen auf Krankenhausebene

Auf der Krankenhausebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft. Integraler Bestandteil dieser Datenprüfungen sind die zusätzlichen Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dadurch konnte ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhäusergebnis gewonnen werden. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die folgenden Bereiche:

- Verteilung der Infrastrukturkosten
- Personalkostenverrechnung
- Behandlung in Intensivbetten
- OP und Anästhesie
- weitere 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 wurde sowohl die Zurechnung einzelner Kostenstellen zu den Infrastrukturkosten als auch die Verursachungsgerechtigkeit der

Kostenverteilung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen für die medizinischen und nicht medizinischen Infrastrukturkosten analysiert. Zweifel an der Verursachungsgerechtigkeit der Infrastrukturkostenverteilung oder einzelne auffällige Werte führten zu umfangreichen Rückfragen an das Kalkulationskrankenhaus, um entweder den systematischen Kalkulationsmangel aufzudecken oder im selteneren Fall eine plausible, krankenhausesindividuelle Erklärung für die Auffälligkeit zu finden.

Da die Personalkosten den größten Kostenblock eines Krankenhauses darstellen, wurden die inhaltlichen Prüfungen der Personalkostenverrechnung des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes auf Krankenhausebene erneut weiterentwickelt. Die aktualisierte Fassung des Kalkulationshandbuchs gibt eine Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan vor. In den zu Beginn der Kalkulationsrunde an die Krankenhäuser versandten Kalkulationshinweisen wurde nochmals auf die Erfordernis einer differenzierten Erfassung der Personalkosten auf Kostenstellenebene besonders hingewiesen. Ein Prüfungsschwerpunkt lag entsprechend auf der Plausibilität der Personalkostenverrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben zur Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten auf die einzelnen Behandlungsfälle. Bei Auffälligkeiten wurde durch intensives Rückfragen geklärt, ob eine besondere krankenhausesindividuelle Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Die Personalkostenverrechnung des Pflegedienstes wurde durch die Analyse der zugerechneten Personalkosten für Fälle mit Aufnahme und Entlassung zur stationären Behandlung am selben Kalendertag, für Ein-Belegungstag-Fälle (Behandlungsfälle mit einem Belegungstag) und für die restlichen Fälle plausibilisiert. Ergänzend wurde der Kalkulationssatz je PPR-Minute auf Kostenstellenebene sowie die Kostenverteilung des Pflegedienstes auf die Kostenstellengruppen u.a. durch Bildung von Kennzahlen für die durchschnittliche Anzahl von Pflegekräften einer Kostenstellengruppe plausibilisiert.

Die Plausibilitätsprüfungen für die folgenden Kostenstellengruppen wurden wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung für die Systempflege einer systematischen Weiterentwicklung unterzogen:

- Intensivstation
- OP und Anästhesie
- Radiologie

Die verursachungsgerechte Zuordnung von Personal- und Sachkosten auf die Kostenstellengruppe „Intensivstation“ ist entscheidend für eine sachgerechte Abbildung intensivmedizinischer Leistungen. Entsprechend wurde u.a. anhand verschiedener Kennzahlen geprüft, ob die zugerechneten Kosten mit den dokumentierten Leistungen 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 des OPS-Kodes *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* ist grundlegende Voraussetzung für die leistungsgerechte Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Bereich der Intensivmedizin. Die Kalkulationskrankenhäuser wurden daraufhin geprüft, ob Leistungen im Sinne des OPS *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* erbracht wurden und ob der Anteil der Fälle mit diesem Kode schlüssig war.

Der OPS-Kode *neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* darf nur bei Vorliegen der im OPS-Kode aufgeführten Mindestmerkmale kodiert werden. Der Anteil von Fällen mit dokumentiertem OPS-Kode für die neurologische Komplexbehandlung an der Gesamtzahl von Schlaganfallbehandlungen wurde in Abhängigkeit von der Mitteilung des Krankenhauses über das Vorliegen der Mindestmerkmale plausibilisiert. Einige der Mindestmerkmale besitzen Relevanz für die Kostenkalkulation (z.B. Zeiten der Arztpräsenz, obligate Durchführung bestimmter radiologischer Leistungen). Entsprechend wurde untersucht, ob sich die kostenrelevanten Mindestmerkmale in den Kalkulationsdatensätzen widerspiegeln. Bei Auffälligkeiten wurden durch Rückfragen beim Krankenhaus plausible Erklärungen bzw. Anhaltspunkte für eine Überarbeitung der Kalkulationsdatensätze gesucht.

In den Kostenstellengruppen „OP“ und „Anästhesie“ wurde u.a. durch Kennzahlbildung geprüft, ob eine zur Personalkostenzurechnung grundsätzlich korrespondierende Inanspruchnahme in der Leistungsdokumentation zu finden war. Diese Prüfung wurde durch kostenstellenübergreifende Analysen verfeinert, die aufdecken sollten, ob plausible Verteilungen der Personalkosten beispielsweise zwischen Normalstation und OP oder Kreißsaal und OP oder Intensivstation und Anästhesie vorlagen. Darüber hinaus wurde geprüft, ob die der Kalkulation zugrunde liegende Summe der Schnitt-Naht-Zeiten (inklusive Rüstzeiten und Gleichzeitigkeitsfaktoren) bzw. Summe der Anästhesiologiezeit 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. Diese Prüfung konnte dieses Jahr erstmals mit den Angaben aus der Abfrage der Leistungszeiten im OP und in der Anästhesie abgeglichen werden. Auffälligkeiten basierten in der Regel auf Dokumentationsfehlern und/oder Kalkulationsfehlern.

In der Aktualisierung des Kalkulationshandbuchs wurden die Kostenstellen der Strahlentherapie und Nuklearmedizin in die Kostenstellengruppe „Radiologie“ verschoben. Entsprechend wurde auf Krankenhausebene zunächst geprüft, ob sich die Verschiebung der vorgenannten Kostenstellen auch in den Kalkulationsdaten widerspiegelt. Zur Sicherstellung einer sachgerechten Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde die verursachungsgerechte Kalkulation bei dokumentierten aufwendigen Leistungen für radiologische und nuklearmedizinische Großgeräte analysiert. Auffälligkeiten in größerem Umfang wiesen auf einen systematischen Kalkulationsfehler hin und führten zu Rückfragen zur Dokumentationsgüte und zur Verursachungsgerechtigkeit der Kostenzurechnung. Gleichzeitig wurde geprüft, ob die Ergebnisse der Personalkostenverrechnung mit dem Grad des Fremdbezugs radiologischer, strahlentherapeutischer bzw. nuklearmedizinischer Leistungen in Einklang zu bringen war.

Prüfungen auf Fallebene

Basis für die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf Fallebene waren die bisherigen plausiblen Kalkulationsergebnisse, ergänzende Informationen aus den Kalkulationskrankenhäusern, die Aktualisierungen im Kalkulationshandbuch sowie weitere öffentlich zugängliche kalkulationsrelevante Informationen. Bei der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitätsprüfungen wurde der Leistungsbezug durch OPS-basierte Prüfungen erneut gestärkt. Gleichzeitig wurden die Plausibilitätsprüfungen in den kostenrelevanten bzw. in den für die Weiterentwicklung besonders relevanten Bereichen in Ausmaß und Sensibilität ausgebaut. Auf Basis plausibler Kalkulationsergebnisse der vergangenen Jahre 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 krankenhausesindividuelle 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. Die fallbezogenen Prüfungen zur handbuchkonformen Umsetzung der Kostenkalkulation wurden im Wesentlichen unter Anpassung an die Aktualisierungen des Kalkulationshandbuchs beibehalten.

Medizinisch-ökonomische Plausibilitätsprüfungen

Im Rahmen der erneut intensivierten medizinisch-ökonomischen Plausibilitätsprüfungen wurden insbesondere die für die Weiterentwicklung relevanten Leistungsbereiche

- Intensivmedizin,
- OP und Anästhesie,
- Leistungen der Funktionsbereiche Kardiologie, Endoskopie und Radiologie sowie
- Leistungen mit hohem Sachmittelbedarf (z.B. Implantationen oder Gabe von Blutprodukten)

besonders strikt geprüft. 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 abgeglichen. 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 erneut verfeinert. Für die Kostenstellengruppe „OP“ wurden für häufige operative Leistungen Obergrenzen für Gleichzeitigkeitsfaktor (getrennt 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 und/oder des Gleichzeitigkeitsfaktors als Ursache der fälschlicherweise hohen Kostenzuordnung erkannt und korrigiert werden. Bei besonders hohen Abweichungen wurden die erstmals abgefragten Leistungszeiten zur weiteren Plausibilisierung herangezogen. Durch diese zusätzliche Analyse konnten zahlreiche „Extremfälle“ (besonders kurze bzw. besonders lange Schnitt-Naht-Zeit oder Anästhesiologiezeit) als Dokumentationsfehler identifiziert werden. Die Qualität der Kalkulationsdaten in den Bereichen „OP“ und „Anästhesie“ konnte durch diese Prüfungen nochmals gesteigert werden.

Die Kostenzuweisung in den Funktionsbereichen Kardiologie, Endoskopie und Radiologie lässt sich nicht vollständig 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 jedoch 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 bzw. bei dokumentiertem OPS-Kode keine Kosten in relevanter Höhe in den entsprechenden Kostenmodulen vorhanden waren.

Der Einzelkostenzuordnung kommt für die verursachungsgerechte Kostenzurechnung teurer Sachgüter unverändert eine hohe Bedeutung zu. Im Zuge der erweiterten Plausibilitätsprüfungen wurde untersucht, ob das Krankenhaus bei den in Anlage 10 des Kalkulationshandbuchs genannten Artikelgruppen eine (handbuchkonforme) Einzelkostenzuordnung oder ein vom InEK genehmigtes KVM verwendet hatte. Bei Auffälligkeiten konnte das Kalkulationskrankenhaus die Abweichungen von den erwarteten Grenzwerten entweder durch Einsendung einer Rechnungskopie belegen oder durch eine Nachkalkulation beseitigen.

Die Gabe von Blutprodukten ist kalkulatorisch durch die Dokumentation eines mengenabhängigen OPS-Kodes und entsprechende Einzelkosten im Kostenmodul 10_4b (Einzelkosten für Arzneimittel im Labor) gekennzeichnet. Da dieses Kostenmodul ausschließlich Kosten von Blutprodukten enthalten darf, kann eine inhaltliche Datenprüfung hier folgende Fehlerkonstellationen prüfen:

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

Durch die verfeinerte Vorgabe plausibler Kostenunter- und -obergrenzen für jedes einzelne Blutprodukt und die Ermittlung fallbezogener Grenzwerte konnten auch Fälle mit der Gabe mehrerer verschiedener Blutprodukte auf auffällig hohe bzw. auffällig niedrige Kosten besser geprüft werden.

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

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

Nicht für jeden einzelnen OPS-Kode konnten plausible Kostenunter- und -obergrenzen für die damit verbundenen Implantate vorgegeben werden, da Implantate zum Teil nicht zwingend erforderlich sind, Implantatkosten extrem stark schwanken 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 Berück-

sichtigung, sodass z.B. bei einer beidseitigen Hüftprothesenimplantation (vergleichbaren Typs) im Vergleich zu einer einseitigen Operation etwa doppelt so hohe Implantatkosten erwartet wurden.

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. Daher wurden sowohl neue medizinische Plausibilitätsprüfungen etabliert als auch bestehende Prüfungen, die beispielsweise aufgrund von Änderungen im Gruppierungsalgorithmus ihre Relevanz verloren haben, gestrichen.

Weiterentwickelt wurde vor allem der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen. Dies bedeutet, dass für die Krankenhäuser die Möglichkeit bestand, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen. Zu einer Rückfrage bei den Krankenhäusern führten in diesem Zusammenhang beispielsweise Fälle mit der Hauptdiagnose Kopfschmerz und einer Nebendiagnose für Apoplex. Diese Art der medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde auf weitere fallzahlstarke Bereiche ausgeweitet. So wurden durch die neu etablierten Prüfungen z.B. auch Fälle detektiert mit einer Hauptdiagnose für Hämaturie oder Harnverhalt, die eine Nebendiagnose für eine bösartige Neubildung der Harnorgane aufwiesen. Das Ziel, kostenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung von leichteren Krankheitsbildern vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt, wurde dadurch weiter verfolgt.

Fazit und Ausblick

Aufgrund der durch die Aktualisierung des Kalkulationshandbuchs 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 intensivierte Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern konnte die Datenqualität sowohl innerhalb der Korrekturfrist als auch im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert werden. Typische systematische Auffälligkeiten waren beispielsweise die nicht verursachungsgerechte Kostenverteilung für nicht medizinische Infrastruktur oder eine unplausible Personalkostenverrechnung für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes auf die einzelnen Kostenstellengruppen. Fehlerhafte Einzelfälle bei der Dokumentation der Leistungszeiten im OP, in der Anästhesie oder in den anderen therapeutischen (mit

Eingriffszeiten kalkulierenden) Bereichen konnten dazu führen, dass sich aufgrund der Fehlerdimension eine unplausible Kostenverteilung innerhalb der entsprechenden Kostenstellengruppe ergab. Hatte das Kalkulationskrankenhaus keine Korrekturmöglichkeit, mussten im seltenen Einzelfall die betroffenen Behandlungsfälle 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/oder Nachkalkulation durchführen konnte. Auffälligkeiten mit Ursprung in einer unvollständigen oder fehlerhaften OPS-Dokumentation fanden sich u.a. bei der Abbildung der Schlaganfallbehandlung oder bei der intensivmedizinischen Komplexbehandlung. Hier konnten Auffälligkeiten durch Nachkodierung und Nachkalkulation beseitigt werden.

Die Vorgabe bestimmter IBLV-Verrechnungsschlüssel hat einen deutlichen Zugewinn in der Verursachungsgerechtigkeit des Kalkulationsergebnisses für die Infrastrukturkosten 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 angestiegen.

3.3.1.3 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung wurde die Methodik grundsätzlich 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 2009 wurden in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen durchgeführt.

Kalkulation

Unter der Zielsetzung, auch in diesem Jahr möglichst viele DRGs eigenständig zu kalkulieren und die belegärztlichen Leistungen sachgerecht im Fallpauschalen-Katalog abzubilden, unterzog das InEK die Kalkulationsdaten für belegärztliche Leistungen wiederum 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 4 (OP) ohne korrespondierende Kosten in der Kostenstellengruppe 5 (Anästhesie) (bei Versorgung durch im Krankenhaus angestellte Anästhesisten) für die Kalkulation nicht verwendet.

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

- pro DRG mindestens 75 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.

Aufgrund der erweiterten Plausibilitätsprüfungen und Analysen im Vorfeld konnte die Datenqualität insgesamt verbessert werden. Aus diesem Grund wurden bei solchen DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, Individualanalysen durchgeführt. Im Einzelnen wurde geprüft, welches Kriterium verletzt wurde und welchen Einfluss dieses auf das Kalkulationsergebnis der jeweiligen DRG hatte. Konnte durch die Verletzung der Kalkulationsbedingung keine Beeinflussung des Kalkulationsergebnisses festgestellt werden, wurde eine eigenständige Kalkulation auf Basis der übermittelten und plausibilisierten Datensätze durchgeführt. Die Individualanalysen klassifizierten sieben weitere DRGs als eigenständig kalkulierbar (C03D, D37B, D61A, E07Z, I08F, I29Z, I68D).

Mit 46.579 Datensätzen wurden somit 81 DRGs eigenständig kalkuliert – 15 Fallpauschalen mehr als im Vorjahr. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Aufgrund der bereits erwähnten ausgeweiteten Plausibilisierungen sind Datenbasis und Homogenitätskoeffizient leicht gestiegen. Wird die Gesamtheit der gelieferten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs 68% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Dies sind 3% mehr als im Vorjahr. Die Bewertungsrelationen bei Belegoperateuren liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 31,5% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	188
Über 10% bis 20%	10	532
Über 20% bis 30%	22	81
Über 30% bis 40%	37	
Über 40% bis 50%	12	
Mittelwert (ungew.)	31,5%	13,2%

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 490 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (Zuschlag 150 DRGs, Abschlag 340 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 rund 13% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei 35% 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 287-mal abgesenkt und 80-mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer blieb im Vergleich zur Hauptabteilung bei allen analytisch-normativ abgeleiteten DRGs im Ergebnis unverändert.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	490
Nur Abzug Arztkosten	311
Eigenständig kalkulierte DRGs	81
Gesamt	882

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 264 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen. Die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr um 51 verringert (Vorjahr: 933 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 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 der 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“ gekennzeichnet. 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 gelten die folgenden Kalkulationsbedingungen unverändert. Eine belastbare Kalkulation sollte ein Minimum von 30 Fällen (mindestens 200 Kontakte) aus mindestens drei verschiedenen Krankenhäusern je zu kalkulierender Fallpauschale enthalten. 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 403.667 übermittelten Datensätzen (Ausgangsbasis) zu einer verfügbaren Kalkulationsstichprobe von 190.821 Datensätzen (dies entspricht einem Anteil von 47%). Im Mittel wurden 7,5 teilstationäre Behandlungstage (Kontakte) je Fall übermittelt.

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.

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 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 und Patientenschulung oder Multimodaler Komplexbehandlung, Schmerztherapie und nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich durchgeführt. Insbesondere die fehlende teilstationäre Leistungsbeschreibung ließ keine sachgerechte DRG-Abbildung teilstationärer Leistungen zu. Beispielsweise wurden für Behandlungsfälle mit Diabetes Mellitus hilfsweise die vollstationäre Leistungsbeschreibung für Patientenschulung oder Multimodale Komplexbehandlung herangezogen. Die teilstationär durchgeführten Schulungen wiesen stark unterschiedliche Kostenstrukturen in den Krankenhäusern auf. Die Dokumentation der relevanten OPS-Kodes ließ zudem auf krankenhausespezifische Behandlungskonzepte schließen. Unterschiedliche Therapiekonzepte in den Krankenhäusern führten (wahrscheinlich) zu differierenden Kostenwerten auf Krankensebene, nivellierten sich aber im Endergebnis beim Kostenvergleich auf DRG-Fallpauschalenebene. Die Leistungen konnten abschließend nicht sachgerecht über teilstationäre Fallpauschalen abgebildet werden. Darüber hinaus waren die Kalkulationsbedingungen für die potentiell zu bildenden DRG-Fallpauschalen nicht vollständig erfüllt.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2007 wurde eine ausreichende Datenmenge für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* von den Kalkulationskrankenhäusern zur Verfügung gestellt. Im Vergleich stellte sich jedoch eine mangelnde Kostendifferenzierung zwischen den beiden DRG-Fallpauschalen heraus.

Eine Tiefenanalyse der Datensätze der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung lässt die Vermutung aufkommen, dass kostenverursachende Leistungen in den Kliniken erbracht werden, die keinen Einfluss auf den teilstationären OPS-Code haben. Entsprechend ist unsicher, ob die bereitstehenden OPS-Kodes homogene Patientengruppen im Sinne eines Fallpauschalensystems für teilstationäre geriatrische Leistungen bilden. Im Ergebnis wurde die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen beibehalten und unverändert im unbewerteten Teil des Katalogs (Anlage 3b) ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

In den Fallpauschalen-Katalog wurden drei DRG-Fallpauschalen 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 129.235 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	29,81
Pflegedienst	2	84,27
Med.-technischer Dienst	3	3,35
Arzneimittel	4a	20,09
Arzneimittel Einzelkosten	4b	3,82
Implantate/Transplantate	5	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	46,98
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	2,48
Med. Infrastruktur	7	15,36
Nicht med. Infrastruktur	8	42,92
Gesamt		249,08

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRG L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Datenjahr 2007

Kode	Hauptdiagnose	Anzahl
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	64.859
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	59.541
N18.9	Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet	3.210
N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	1.598
N 19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	14

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse*, Datenjahr 2007

Kode	Prozedur	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	104.235
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	12.423
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	10.563
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	1.341
8-987.10	Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit; bis zu 6 Behandlungstage	315

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2007

Ergebnis

Nur die teilstationäre Dialyse für Erwachsene ohne Peritonealdialyse (L90C) konnte mit einer Bewertungsrelation versehen werden. Für die vier übrigen teilstationären DRGs ist ein krankenhausesindividuelles 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 Leistungsbezeichner dringend erforderlich. Die fehlende Leistungsbeschreibung führt im Ergebnis zu einer nicht sachgerechten Hilfslösung, teilstationäre Leistungen ausschließlich über ein Abrechnungsmerkmal zu identifizieren. Ein weiterer Nachteil ergibt sich unverändert 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 2009 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 in den beiden letzten Jahren entwickelte Methodik konnte für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 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 erneut auf häufig kodierten, streitbefangenen und vermeintlich aufwendigen bzw. nicht aufwendigen Diagnosen. Darüber hinaus wurden angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien umfangreich analysiert. Hierbei stand wie bereits im Vorjahr das Ziel einer stringenten Abbildung von inhaltsähnlichen Diagnosen im Vordergrund.

Analog zur Vorgehensweise der beiden vergangenen Jahre wurde die veränderte Abbildung von Diagnosen auf Grundlage der bestehenden G-DRG-Version 2007/2008 („teilweise gesplittete Version“) und der durchgängig nach PCCL > 3, PCCL > 2 und PCCL ≤ 2 gesplitteten Version (ausgenommen MDC 15) untersucht („komplett gesplittete Version“). Diese Version wies ca. 3.000 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 war bereits im letzten Jahr dahingehend ausgeweitet worden, 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. Kodegruppen 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 Code 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.

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden im Vergleich zu den Vorjahren wiederum erheblich umfangreichere Untersuchungen zur Anpassung der CCL-Matrix vorgenommen. Wie bereits im letzten Jahr konnten aufgrund einer erweiterten Automatisierung des Rechenprozesses über 900 Diagnosen in jeweils etwa 250 Einzelrechnungen (insgesamt über 240.000 Einzelrechnungen) hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht werden. Dies entspricht einer weiteren Steigerung der durchgeführten Rechnungen auf das Achtfache 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 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^2 -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.

Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert, einige davon wurden umgesetzt. Auf Basis der vorhandenen Datengrundlage ließen sich darüber hinausgehende Veränderungen der CCL-Matrix tendentiell nicht bewerten. 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 2009 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang.

Für weitere Analysen, insbesondere der Codes, die im letzten Jahr verändert wurden, bleibt abzuwarten, inwieweit die Veränderungen der CCL-Matrix Auswirkungen in der Datengrundlage des kommenden Jahres (Datenjahr 2008) zeigen werden.

Erneut wurden Diagnosecodes mit vermeintlich geringem Einfluss auf den Behandlungsaufwand auf eine mögliche Streichung aus der CCL-Matrix untersucht. So konnten 4 Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen werden. Dazu gehören insbesondere streitbefangene Codes wie N30.8 *Sonstige Zystitis* und N30.9 *Zystitis, nicht näher bezeichnet*.

Bei 23 Diagnosen konnte eine Abwertung durchgeführt werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um streitbefangene Codes aus dem Bereich N39.– *Sonstige Krankheiten des Harnsystems-* oder E87.– *Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts*, hier sei insbesondere der Code E87.6 *Hypokaliämie* erwähnt. Außerdem wurden Diagnosen aus dem Bereich I13.– *Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit* abgewertet, um auf diese Weise eine aufwandsgerecht gewichtete Abbildung des Codebereichs zu gewährleisten.

Des Weiteren konnten 32 Diagnosen einer höher bewerteten Zeile zugewiesen werden, darunter Diagnosen aus dem Bereich Q03.– *Angeborener Hydrozephalus* oder verschiedene Codes aus Q20.– *Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen*.

272 Diagnosecodes wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Dazu gehörten einzelne Codes aus Q25.– *Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien* und die bisher nicht CC-relevanten Diagnosen aus dem Bereich Q33.– *Angeborene Fehlbildungen der Lunge*. 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 alle möglichen Zeilen der CCL-Matrix zurückgegriffen.

Teilweise war es zur angemessenen Abbildung einzelner Diagnosen erneut 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 beibehält. Auf diese Weise wurde die Anzahl der Zeilen der CCL-Matrix für das Jahr 2009 auf 108 ausgeweitet.

Wie oben aufgeführt, hat jegliche Änderung der CCL-Matrix erhebliche Auswirkungen auf das Gesamtsystem. Aus diesem Grund werden Veränderungen bezüglich der Zeilenzuweisung von ICD-Codes innerhalb der Matrix mittels der oben beschriebenen, hoch angesetzten Entscheidungskriterien vorgenommen. Die Überprüfung auf Veränderungen der Matrix konzentriert sich daher bislang auf die Zeilenzuweisung von Diagnosecodes. Veränderungen innerhalb der Exklusionsliste wurden dabei lediglich im Sinne einer stringenten Berücksichtigung von Codes innerhalb dieser Listen vollzogen.

Wie in jedem Jahr wurden wiederum alle DRG-Fallgruppen auf mögliche PCCL-Splits untersucht. Insgesamt konnte die Anzahl der nach PCCL gesplitteten DRGs für 2009 um 12 auf 287 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 1.192 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	235	20
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	232	19
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	153	13
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	527	44
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	45	4
Gesamt	1.192	100

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2009

Überlieger aus dem Vorjahr

Bei Überliegern handelt es sich um Fälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen wurden und erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen worden sind. Die bei diesen Fällen erbrachten Leistungen werden mit den im Aufnahmejahr gültigen 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 108,3 Tagen von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch fast jeder dritte 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 (von 2006 auf 2007) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2006 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2007 verschlüsselt würde.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2006 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2007 unterschiedliche Gruppierungsergebnisse aufgrund dieser Differenzierung aufweisen – kann es erforderlich werden, nicht überleitbare Fälle aus der Kalkulationsbasis auszuschließen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Codes aus 2006 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-Code (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 2009 wird im Folgenden erläutert.

Datenbasis

Zur Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2007 herangezogen. Dabei wurden Behandlungsfälle aus der Betrachtung ausgeschlossen, für die entweder der Fallpauschalen-Katalog 2008 oder der Fallpauschalen-Katalog 2009 keine Bewertungsrelation aufweisen:

- teilstationäre Leistungen und
- Behandlungsfälle, die 2008 und 2009 nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütet werden (Anlage 3a).

Die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG wurden einem Plausibilisierungsverfahren unterzogen. Nach dem Fehlerverfahren in der DRG-Datenstelle wurden die auf die Gesamtheit aller Datensätze anwendbaren 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. Dabei wurden die neu in den Datensatz für die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG aufgenommenen Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ berücksichtigt. 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.

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 für die nationale Ebene geschätzt werden. Für den Fallpauschalen-Katalog 2009 wurde für die veränderte Vollkostenbereinigung bei der Zusatzentgeltkalkulation auf nationaler Ebene eine Gesamtsumme von 3.948 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2008 ergab sich auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2007 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 17.148.731. Unter Verwendung identischer DRG-Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2009 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 17.152.679. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt exakt 3.948. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2009 beträgt 2.621,30 €.

Ein einfacher Vergleich der Bezugsgrößen für 2008 und 2009 (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 KHentgG für das Datenjahr konstant gehalten wird – beispielsweise für die Kalkulation des Fallpauschalen-Katalogs 2009 auf Basis des Datenjahres 2007 –, 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

Im Vorschlagsverfahren für 2009 wurden im Bereich der MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* erneut einige Vorschläge zur Verbesserung der Abbildung des Qualifizierten Entzuges eingereicht.

In der DRG V60A wurden im G-DRG-System 2008 sowohl Fälle mit Alkoholintoxikation und -entzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom als auch Fälle mit Qualifiziertem Entzug abgebildet. Diese erwiesen sich in den Analysen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 als kostenunterschiedlich, sodass eine Auftrennung in die DRGs V40Z *Qualifizierter Entzug* und V60A *Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom* möglich war. Die Abbildung des Qualifizierten Entzuges erfolgt somit nun in einer eigenen Basis-DRG unabhängig von der zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung.

3.3.2.2 Augenheilkunde

Schwerpunkt der Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2009 für die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* war die Schaffung von neuen DRGs zur verbesserten Abbildung von Fällen.

Basierend auf den Vorschlägen der entsprechenden Fachgesellschaft erfolgte die Etablierung von drei neuen DRGs jeweils durch Split der DRG C01Z, C03Z sowie C17Z.

Für das G-DRG-System 2009 konnten für die DRG C01Z *Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen und Amnionmembranaufnahme* (G-DRG-System 2008) auf Basis des eingereichten Vorschlags Kostentrenner zur Etablierung der neuen DRG C01A *Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen* ermittelt werden. Diagnosen wie „Rissverletzungen am Auge und penetrierende Wunde am Auge“ in Kombination mit Prozeduren für die „Pars-plana-Vitrektomie“ dienen als schweregradsteigerndes Kriterium und führen in die höher bewertete DRG C01A.

Weiterhin wurde die DRG C03Z *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)* (G-DRG-System 2008) hinsichtlich ihres Aufwandes untersucht und im Ergebnis anhand „bestimmter Eingriffe an der Retina“ gesplittet. Eingriffe mit erhöhtem Aufwand umfassen an dieser Stelle die Pars-plana-Vitrektomie, Rotation der Netzhaut sowie Fixation mit schweren Flüssigkeiten.

Darüber hinaus wurde die im G-DRG-System 2008 bestehende DRG C17Z *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)* (G-DRG-System 2009 C03C und D) ebenfalls

anhand des oben genannten Kriteriums „bestimmte Eingriffe an der Retina“ gesplittet, wodurch eine verbesserte Abbildung von Fällen „ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina“ erzielt wurde.

3.3.2.3 Besondere Versorgungsbereiche

Wie bereits im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2008 erreichten uns auch im Vorschlagsverfahren für 2009 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. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die beiden das ZE2009-40 *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* definierenden OPS-Kodes in ihrer Definition um folgenden Zusatz ergänzt wurden:

8-975.23 [...] oder mindestens 10 bis höchstens 13 Behandlungstage und mindestens 1.680 Behandlungsminuten

8-975.24 [...] oder mindestens 14 Behandlungstage und mindestens 2.520 Behandlungsminuten

Dies bedeutet, dass bei höherer Behandlungsintensität auch Fälle mit weniger als der bisher erforderlichen Mindestbehandlungsdauer von 14 Tagen unter das ZE2009-40 fallen. Ebenso wird die anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung weiterhin über ein unbewertetes Zusatzentgelt abgebildet.

Für die bisher unbewertete DRG I97Z *Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* erfolgte nach entsprechenden Hinweisen bzgl. der Problematik „Mindervergütung bei Mehrleistung“ eine Sortierung in die operative Partition der MDC 08. Darüber hinaus war erstmals eine Bewertung dieser DRG möglich (siehe auch Kap. 3.3.5).

Im operativen Bereich ergab sich für die Rheumatologie eine verbesserte Abbildung von Fällen mit Eingriffen an mehreren (Zehen-)Gelenken durch Split der DRG I20E *Eingriffe am Fuß, ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre, ohne Knochentransplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese*, was ebenfalls aus Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren resultierte. Innerhalb der Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* konnten bestimmte aufwendige Eingriffe wie z.B. eine totale Synovialektomie oder eine alloplastische Gelenkrekonstruktion bei rheumatischen Erkrankungen der Hand oder mit bestimmten Hauptdiagnosen für schwere rheumatische Erkrankungen der Hand aufgewertet werden.

3.3.2.4 Epilepsie

Nach den umfangreichen Umbauten der letzten Jahre ergaben sich bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zum Thema Epilepsie in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* keine neuen Klassifikationsänderungen. Die aktuelle Gruppierung konnte auf Basis der Daten aus dem Jahr 2007 bestätigt werden.

Für Fälle mit vaginaler Entbindung bzw. Sectio caesarea wurden u.a. Diagnosekodes für Epilepsie in den Basis-DRGs O01 und O60 neu in die Liste der „komplizierenden Diagnosen“ aufgenommen mit dem Ergebnis einer Aufwertung entsprechender Fälle.

In der Verordnung „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2009 (VBE 2009)“ wird der Bereich Epilepsie in unveränderter Form berücksichtigt.

3.3.2.5 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Die Anzahl der Vorschläge, die uns in diesem Jahr zum Themengebiet der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* erreicht haben, entsprach etwa der des Vorjahres.

Die Schwerpunkte der Vorschläge lagen dabei zum einen auf einer verbesserten Abbildung von Fällen mit einer bösartigen Erkrankung der Brust, zum anderen auf der sachgerechteren Abbildung von Fällen, die eines von verschiedenen chirurgischen Verfahren zur Säuberung oder Exzision von oberflächlichen Gewebeschichten erhalten hatten. Im Folgenden werden Umbauten erläutert, die sich daraus ergaben.

Im Bereich der beidseitigen Eingriffe konnten in zahlreichen MDCs typische Konstellationen bereits in den Vorjahren abgebildet werden. Für Fälle mit *Kleine[n] Eingriffe[n] an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung (J07Z)* konnte eine Differenzierung anhand dieses Leistungsmerkmals in diesem Jahr durch Etablierung der DRGs J07A und J07B erreicht werden.

Die Aufnahme der OPS-Kodes aus 5-401 *Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße* in die Splittbedingung der DRG J24B *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation* führte zu einer Verschiebung von Fällen aus der DRG J24C *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff* und dadurch zu einer Aufwertung dieser Fälle.

Aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen untersucht, die mit einem OPS-Kode aus dem Codebereich 5-916.6- *Destruktion von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Kryochirurgie, großflächig* kodiert wurden. Im Ergebnis konnten die so detektierten Fälle aus der Basis-DRG J10 *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma* in die Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* verschoben und dadurch eine sachgerechtere Abbildung, sowohl durch Auf- als auch Abwertung der Fälle, erreicht werden.

In Bezug auf die verbesserte Abbildung von Fällen mit einer chronischen Querschnittslähmung konnten diese in der DRG J11A *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder bei Para-/Tetraplegie* aufgenommen werden.

3.3.2.6 Extremkostenfälle

In den Jahren 2006 und 2007 war die Problematik der sogenannten „Extremkostenfälle“ ein vieldiskutiertes Thema und beeinflusste auch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erheblich. Dabei wurden unter diesem Begriff verschiedene Konstellationen zusammengefasst. Eine öfter genannte Definition (z.B. im Vorschlagsverfahren für

2008) von Extremkostenfällen beschrieb diese so: „Entstehende Kosten überschreiten die finanzielle Entschädigung [...] um mehr als den Faktor 2,5 und führen zu einem Deckungsdefizit von mehr als € 10.000.“

Der ursprüngliche Vorschlag, diese Fälle über ein neu zu etablierendes Zusatzentgelt zu vergüten, ist jedoch im DRG-System nicht umsetzbar, da die betroffenen Fälle nicht aufgrund eines Leistungsbezeichners detektierbar sind, sondern allenfalls anhand der Kosten und Erlöse erkennbar gewesen wären. Dass statt einer bezeichneten Leistung eine bestimmte Kostenhöhe direkt einen Vergütungsanspruch auslöst, sieht das G-DRG-System nicht vor. Hinzu kommt, dass, zumindest in vielen Kliniken, die nicht an der Kostenkalkulation des InEK teilnehmen, keine geeignete Methodik zur Fallkostenermittlung etabliert ist.

Der in den letzten Jahren alternativ beschrittene Lösungsweg setzt nicht auf eine solche umfassende Ausnahmeregelung zur Vergütung dieser anhand einer einheitlichen Definition beschriebenen „Extremkostenfälle“, sondern stattdessen auf eine Vielzahl von Anpassungen und Detaillösungen innerhalb des DRG-Systems. Bei der Verbesserung der Abbildung extrem teurer Patienten kommt der Identifikation und Kommentierung dieser Fälle eine Schlüsselrolle zu. Dazu dient eine 2006 erstmals durchgeführte Sonderabfrage zu Hochkostenfällen, in der von an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken der Maximalversorgung Kostenausreißer mit Hilfe eines eigens entwickelten EDV-Tools erfasst und die gesammelten und kommentierten Datensätze dem InEK zur Verfügung gestellt werden. Dabei ist insbesondere die freitextliche Kommentierung, die in dieser Form weder in den regulären noch in den ergänzenden Daten möglich ist, bei der Einschätzung der dargestellten Einzelfälle hilfreich.

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die in den Vorjahren erarbeiteten Lösungsansätze konsequent weiterverfolgt. Neben den in den entsprechenden Kapiteln umfassend dargestellten Veränderungen etwa in den Bereichen Intensivmedizin oder Pädiatrie wurde erneut eine Vielzahl von Detailveränderungen umgesetzt, die auf einer systematischen Prüfung seltener, aber extrem teurer Fälle beruhen. Beispielhaft zu nennen ist die neue DRG I37Z *Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität*. In diese DRG werden ab 2009 zum einen Fälle mit aufwendigen Beckenresektionen bei Tumoren eingruppiert, zum anderen aber auch Fälle mit aufwendigen (Korrektur-)Osteotomien an mehr als einer Etage (oder mit einem beidseitigen solchen Eingriff). Diese beiden Fallmengen sind bezüglich ihrer Kosten- und Verweildauercharakteristik vergleichbar, was die Abbildung in einer DRG erlaubt. Deutlich weniger als 500 Fälle bundesweit werden dieser neuen DRG zugeordnet, die aber für die betroffenen Fälle (mit einem Relativgewicht von 6,466 im Vergleich zu 1,793 bis 5,816 in den Herkunfts-DRGs der Fälle) und die diese behandelnden Kliniken eine wesentlich aufwandsgerechtere Vergütung erzielt.

Im Vergleich zu den Vorjahren führte die umfassende Analyse extrem teurer Fälle nur zu einer relativ kleinen Anzahl vollständig neuer DRGs. Vielfach war eine Aufwertung innerhalb bestehender Splits möglich, wobei die in der Vergangenheit vereinzelt kritisierte Zuordnung aufwandsähnlicher Fälle zu inhaltlich sehr wenig ähnlichen DRGs vermieden werden konnte. Ein Beispiel ist die Aufwertung von Fällen mit schweren infektiösen Begleiterkrankungen (Diszitis, Endokarditis) bei aufwendigem Wirbelsäuleneingriff innerhalb der Basis-DRG I06 *Verschiedenartige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule*.

3.3.2.7 Frührehabilitation

Im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 gingen wie in den letzten beiden Jahren wiederum nur wenige Vorschläge zur klassifikatorischen Abbildung der Frührehabilitation ein, welche sich in diesem Jahr vor allem auf die Überprüfung der derzeitigen Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* bzw. auf die Abbildung der fachübergreifenden Frührehabilitation bezogen. Weitere Vorschläge schilderten Probleme bei der Kalkulation und Verhandlung krankenhausesindividueller Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG oder eine Schnittstellenproblematik zwischen der Akutkrankenhausbehandlung und der weiterführenden Rehabilitation hinsichtlich der unterschiedlichen Merkmale verlegter und nicht verlegter Fälle.

Die DRGs der Frührehabilitation sind bis auf die Basis-DRG B42 über krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vergüten, was es dem Leistungserbringer ermöglicht, eine differenzierte Vereinbarung vor Ort zu treffen, die dem jeweils vor Ort entstehenden Aufwand gerecht wird. Ein Anhalt zur Etablierung weiterer DRGs für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation zeigte sich bei einerseits geringen Fallzahlen und andererseits sachgerechter Abbildung der Fälle nicht.

Im Bereich der fachübergreifenden Frührehabilitation in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* konnte die Definition der DRG B48Z *Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie oder nicht akuter Paraplegie/Tetraplegie* um degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen (Basis-DRG B85) und Apoplexie (z.B. Basis-DRG B70) erweitert werden, sodass nun beispielsweise Fälle aus der Basis-DRG B85 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems oder zerebrale Lähmungen* mit einer fachübergreifenden Frührehabilitation in der DRG B48Z abgebildet werden.

Weiterhin werden Fälle, die sowohl eine fachübergreifende Frührehabilitation als auch eine neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls erhalten, ab dem G-DRG-System 2009 in der DRG B42A *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* abgebildet, was einer Aufwertung dieser Fälle entspricht.

3.3.2.8 Gastroenterologie/Endoskopie

Nach den umfangreichen Veränderungen im Bereich der Gastroenterologie bzw. der Endoskopie in der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in diesem Jahr nur wenige Vorschläge in diesem Bereich eingereicht. Die wenigen Vorschläge hatten mehrheitlich die Verbesserung der Abbildung bestimmter diagnostischer oder therapeutischer endoskopischer Leistungen, zum Teil auch der Kombination der Leistungen bei komplexen Erkrankungen, zum Ziel.

Im Ergebnis wurde eine neue DRG G40Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* etabliert, in der Fälle aus den DRGs G46A *Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff 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 Darm-erkrankung* und G48A *Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation*, die auch die Bedingung der Funktion „Komplizierende Konstellationen“ erfüllen, aufgewertet werden.

Weiterhin wurde in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* die DRG H78Z *Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* etabliert, die der Abbildung und Aufwertung sehr komplexer, konservativ behandelter Fälle dient. Näheres zur Funktion „Komplizierende Konstellationen“ wird im Kapitel 3.3.2.15 erläutert.

3.3.2.9 Geburtshilfe

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2009 betrafen die eingereichten Vorschläge zur Geburtshilfe schwerpunktmäßig die folgenden Bereiche:

- Abbildung von schweregradsteigernden Faktoren wie z.B. komplizierende Diagnosen und Prozeduren in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea* und O60 *Vaginale Entbindung*
- Abbildung fetalchirurgischer Interventionen in der Basis-DRG O06 *Intrauterine Therapie des Feten*
- Differenzierung der Basis-DRG O01 anhand von primärer und sekundärer *Sectio caesarea*

Aufgrund von diesen Hinweisen hat eine generelle Untersuchung der Basis-DRGs O01 und O60 auf die Etablierung von weiteren schweregradsteigernden Diagnosen, die das Wochenbett komplizieren, stattgefunden. Im Ergebnis führte dies zu einer Aufwertung von Erkrankungen wie z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie oder Agranulozytose, die in den bereits bestehenden Bedingungen der „komplizierenden Diagnosen“ in den Basis-DRGs O01 und O60 zusätzliche Gruppierungsrelevanz erlangt haben.

Weitere Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren erreichten uns zur Abbildung von Fällen mit einer *Thromboembolie während der Gestationsperiode* (ICD-10-GM: O88.2). Die zahlreichen zu dieser Thematik durchgeführten Analysen führten zu einer Aufwertung von Fällen mit der Diagnose O88.2. In Verbindung mit einer OR-Prozedur werden die betroffenen Fälle ab der G-DRG-Version 2009 in die DRG O01B eingruppiert. Fälle mit einer Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur werden zukünftig in der DRG O60B abgebildet. In der ICD-10-GM Version 2009 wurde der Code O88.2 weiter differenziert, wodurch eine spezifische Verschlüsselung und dadurch auch die Analyse der Abbildung von Lungenembolien während der Gestationsperiode für die folgenden Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems ermöglicht wird.

Zusätzlich zu den oben genannten Diagnosen konnte – aufgrund eigener Analysen – im Bereich der Entbindungen auch die Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ als Kostentrenner etabliert werden. Die jeweiligen Fälle werden ab 2009 innerhalb der Basis-DRG O01 in die DRG O01A *Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation* und innerhalb der Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* in die DRG O02A *Vaginale Entbindung*

mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation aufgewertet.

Bereits für die G-DRG-Version 2008 konnte die Basis-DRG O06 *Intrauterine Therapie des Feten* anhand der Prozeduren für Lasertherapie und intrauteriner Drainage aufgrund von Hinweisen aus dem NUB-Verfahren differenziert werden. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 wurde die Abbildung dieser Fälle erneut überprüft. Dabei wiesen Fälle mit dem Kode 5-754.1 *Intrauterine Therapie des Feten: Anlegen von Drainagen (Inkl.: Amniondrainage)* deutlich geringere Kosten auf als die übrigen Fälle der DRG O06A, was dadurch erklärbar ist, dass mit dem Kode 5-754.1 bisher zwei unterschiedlich aufwendige Verfahren verschlüsselt werden konnten, nämlich sowohl das Anlegen von Drainagen am Feten als auch die Anlage von Amniondrainagen. Es kann vermutet werden, dass in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2007 in mehr Fällen der Kode 5-754.1 zur Verschlüsselung einer Amniondrainage angegeben wurde, als dies in den Vorjahren der Fall war. Im Ergebnis führte dies vorerst zu einer Streichung dieser Prozedur aus der Definition der DRG O06A und damit zur Abwertung dieser Leistungen. Um zwischen Fällen mit einer Amniondrainage und einer Drainagetherapie am Feten differenzieren zu können, wurde im OPS Version 2009 mit den Kodes 5-754.10 *Intrauterine Drainagetherapie am Feten* und 5-754.11 *Amniondrainage* eine spezifische Verschlüsselungsmöglichkeit für diese beiden Leistungen geschaffen, die dadurch in den folgenden Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems detailliert untersucht und ggf. wieder aufgewertet werden können.

Hinsichtlich der Abbildung von Kaiserschnitten innerhalb der Basis-DRG O01 erreichten uns spezifische Vorschläge, welche einen unterschiedlichen Ressourcenverbrauch bei einer primären im Vergleich zu einer sekundären Sectio caesarea beschreiben und infolgedessen eine Abgrenzung dieser beiden Leistungen für das G-DRG-System 2009 zum Inhalt hatten. In den zu diesem Thema durchgeführten Berechnungen ließen sich die beschriebenen Aufwandsunterschiede zwischen einer primären versus einer sekundären Sectio caesarea zwar nachweisen, dennoch wurde eine Umsetzung für die G-DRG-Version 2009 noch nicht vorgenommen. Bei bisher fehlender Kodierrichtlinie wäre das Attribut „sekundäre Sectio“ einem gewissen Kodieranreiz unterworfen gewesen. In Vorbereitung auf eine mögliche Umsetzung dieser Vorschläge in den kommenden Jahren wurde die modifizierte DKR 1525 *Primärer und sekundärer Kaiserschnitt* zur Klärstellung der Verschlüsselung einer primären bzw. sekundären Sectio caesarea wieder in die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2009 aufgenommen. Zusätzlich wäre eine Absicherung der Verschlüsselung einer sekundären Sectio caesarea über die Qualitätssicherung denkbar.

3.3.2.10 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 keinen Hinweis zur Etablierung weiterer DRGs, 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.

Da sich in den Analysen kein Hinweis auf eine prinzipielle Untervergütung zeigte, ergab sich ebenfalls kein Anhalt 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.

3.3.2.11 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 eines eingereichten Vorschlags wurde eine Umleitung in der Prä-MDC für Fälle mit Kochleaimplantation mit Zuweisung in die MDC 03 etabliert. Im Sinne einer Aufwertung führen nun auch Fälle mit einer Kochleaimplantation in die DRG D01B *Kochleaimplantation, unilateral*, die zuvor in die Fehler-DRG 901D *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para-/Tetraplegie* oder die DRG Z01Z *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* gruppiert wurden.

Durch Erweiterung sowohl der Basis- als auch der Splitbedingung der Basis-DRG D15 *Tracheostomie* bzw. der DRG D15A *Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese* um die Implantation und den Wechsel der Kiefergelenkendoprothese konnte die im Jahr 2007 erstmals mit dem Status 1 bewertete NUB-Leistung der *Kiefergelenksendoprothese (Totalersatz)* schon in diesem Jahr in das G-DRG-System 2009 integriert werden.

Darüber hinaus konnten die im Jahr 2008 eingeführten OPS-Kodes für die Pharyngektomie, Laryngektomie mit Rekonstruktion mit freiem mikrovaskulär-anastomosierten Transplantat oder mit gestieltem Fernlappen (5-295.*4, *5, 5-296.*4, *5 sowie 5-303.*4 und *5) bereits für das G-DRG-System 2009 mittels Hilfskonstrukt vorab analysiert und dadurch abgebildet werden. Im Sinne einer Aufwertung wurde hierfür die Basis- und Splitbedingung der Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals* bzw. der DRG D02A *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC* um die neu eingeführten Codes erweitert.

Ebenfalls ausgehend von einem Vorschlag wurde alternativ die Kodeaufnahme der Einführung, Freilegung und Entfernung der Implantate für die Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen (5-77a) in verschiedenen DRGs analysiert und simuliert. Im Ergebnis konnten die Codes zur Einbringung der Implantate in der DRG D28Z *Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen* aufgenommen werden. Darüber hinaus konnten die Codes für die Freilegung und Entfernung der Implan-

tate in die DRG D16Z *Materialentfernung an Kiefer und Gesicht* aufgenommen werden, woraus sich eine Aufwertung der betroffenen Fälle ergibt.

3.3.2.12 Handchirurgie

Die in den vergangenen Jahren umgesetzte vollständige Neugliederung der Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand*, die in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* die wichtigste DRG zur Abbildung handchirurgischer Leistungen darstellt, beruht wesentlich auf den Attributen:

- Komplexität des Eingriffs
- Mehrzeitiger Eingriff
- Diagnose „angeborene Fehlbildung“ und
- Alter (zwei Kindersplits)

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2009 zeigten sich die in dieser DRG eingesetzten Definitionskriterien als weiterhin geeignet für eine aufwandsgerechte Eingruppierung. Ausgehend von Anregungen aus dem Strukturierten Dialog ergab sich aber eine Vielzahl von Verbesserungen im Detail:

So konnten erstmals Fälle, die anhand des (neu in den OPS 2007 aufgenommenen Kodes) 8-988 *Spezielle Komplexbehandlung der Hand* als aufwendig beschrieben waren, ab einer Behandlungsdauer von 14 Tagen der DRG I32A zugeordnet und somit deutlich aufgewertet werden.

Ebenfalls im Sinne einer Aufwertung berücksichtigt werden konnten in der Basis-DRG I32 die Konstellationen:

- Bestimmte Eingriffe bei rheumatischen Erkrankungen der Hand (totale Synovialektomie, alloplastische Gelenkrekonstruktion, Arthrodesen)
- Hauptdiagnose "schwere rheumatische Erkrankung der Hand"
- Mehrfachfraktur der Hand
- Bestimmte endoprothetische Eingriffe (Ulnakopfprothese, Fingergelenksendoprothese, Daumensattelgelenksprothese)

Im Ergebnis zeigt sich die Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand* für 2009 nochmals erheblich stärker ausdifferenziert und jetzt siebenfach (A bis G) statt bisher sechsfach gesplittet.

In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* konnten nach einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren die Diagnosen *Läsion des Plexus brachialis* und *Geburtsverletzung des Plexus brachialis* innerhalb der Basis-DRG B17 *Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems* aufgewertet werden. Eine einheitliche Abbildung zusammen mit der bereits in den Vorjahren berücksichtigten Diagnose *Verletzung des Plexus brachialis* (ICD S14.3) war bei erheblich unterschiedlichen Kosten und einer sehr geringen Anzahl betroffener Fälle jedoch nicht möglich.

3.3.2.13 Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen

Nach Hinweisen aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren wurde eine sachgerechte Abbildung für operative Eingriffe bei Stressinkontinenz beim Mann untersucht. Diese Fälle waren bisher den Fehler- und sonstigen DRGs (hauptsächlich den DRGs 901D und 902Z) zugeordnet. Im Ergebnis erfolgte eine MDC-übergreifende Kodeverschiebung der Hauptdiagnose für Stressinkontinenz (N39.3 *Sonstige Krankheiten des Harnsystems: Stressinkontinenz*) von der MDC 12 und MDC 13 in die MDC 11 mit der Zuordnung zur Basis-DRG L64 *Harnsteine und Harnwegsobstruktion*. Damit werden im G-DRG-System 2009 sämtliche Eingriffe zur operativen Behandlung der (Harn-)Inkontinenz geschlechtsunspezifisch in verschiedenen operativen DRGs der MDC 11 abgebildet.

In der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* wurden weiterhin in diesem Jahr im Rahmen der Extremkostenanalyse verschiedene neue Abbildungsmöglichkeiten geschaffen:

Neben der Etablierung einer neuen DRG L38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* über die Kombination aus der neuen Funktion „Komplizierende Konstellationen“ mit den Basis- bzw. Splitbedingungen verschiedener DRGs der operativen Partition der MDC 11 wurde auch eine neue DRG L37Z *Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* anhand einer neuen Funktion „Multiviszeraleingriff“ für Fälle etabliert, die die ebenfalls neue Funktion „Multiviszeraleingriff“ erfüllen. Diese Fälle müssen mindestens zwei hochaufwendige operative Prozeduren an unterschiedlichen Organsystemen (Thorax bzw. Abdomen) haben. Die Prozeduren betreffen die Organsysteme Lunge, Zwerchfell, Ösophagus, Magen, Darm, Leber, Pankreas, Peritoneum, Niere, Harnblase sowie gynäkologische oder urologische Eingriffe.

Außerdem wurde die Bedingung der DRG L02A *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff* für Fälle erweitert, die eine Kombination aus der Bedingung der DRG L10Z *Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff* in Kombination mit einem Multiviszeraleingriff erfüllen und somit im G-DRG-System 2009 ebenfalls aufgewertet werden.

Die bereits aus dem Vorschlagsverfahren für 2008 bekannten Hinweise auf Extremkosten für Fälle mit Kalziphylaxie als Folge einer Störung des Kalzium-Phosphat-Haushalts bei Niereninsuffizienz wurden in diesem Jahr erneut untersucht. Da in der letztjährigen Kalkulation entsprechende Leistungsbezeichner zur Analyse dieser Fälle fehlten, wurde der neu in die ICD-10-GM Version 2008 aufgenommene Code E83.50 *Störungen des Kalziumstoffwechsels: Kalziphylaxie* in Form der ergänzenden Datenbereitstellung durch die Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung gestellt. Somit konnten bereits in diesem Jahr Analysen zur Abbildung dieser Fälle durchgeführt werden. Eine Abbildung konnte für die G-DRG-Version 2009 wie folgt gefunden werden: Einerseits wurde in der operativen Partition die Splitbedingung der DRG L09A *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit akuter Niereninsuffizienz od. m. chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, m. Anlage eines Dialyseshunt oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie* für Fälle erweitert, die die Kombination der Bedingung der DRG L09C *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, außer Anlage eines Dialyseshunts, ohne Kalziphylaxie* in Verbindung mit der Diagnose für Kalziphylaxie erfüllen. Damit werden diese Fälle zukünftig in die DRG L09A eingruppiert im Sinne einer Aufwertung. Andererseits wurde in der medizinischen Partition die Splitbedingung der DRGs L60A *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst*

schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre und L60B Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre für Fälle erweitert, die die Kombination der Bedingung der DRG L60C *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie* in Verbindung mit der Diagnose für Kalziphylaxie erfüllen. Damit werden diese Fälle zukünftig in die DRGs L60A oder L60B eingruppiert, ebenfalls im Sinne einer Aufwertung.

Zur sachgerechteren Abbildung von Fällen mit chronischer Querschnittlähmung wurden nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren die Splitbedingungen in verschiedenen DRGs der MDC 11 um Nebendiagnosen für chronische Querschnittlähmung erweitert und damit eine Aufwertung dieser Fälle erreicht. Diese Bedingung wurde in den DRGs L18B *Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. ohne extrakorp. Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äuß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskopien, b. Para-/Tetrapl., m. äuß. schw. CC, L20B Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) oder andere Eingriffe an der Urethra, mit komplexem Eingriff oder bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* sowie L42Z *Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para-/Tetraplegie* aufgenommen. Außerdem wurde in der konservativen Partition eine neue DRG L74Z *Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para-/Tetraplegie* etabliert. Detaillierte Erläuterungen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.22.

Neu etabliert werden konnte ein bewertetes Zusatzentgelt für die *Hämofiltration, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH)* (ZE103) und für die *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)* (ZE 104). Nähere Informationen zu den Verfahren zur Bewertung der Zusatzentgelte enthält Kapitel 2.5.

In der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* konnte für Fälle mit transurethraler Laserdestruktion der Prostata über die Erweiterung der im letzten Jahr für Fälle mit transurethraler Laservaporisation neu geschaffenen DRG M11Z *Transurethrale Laservaporisation der Prostata* (G-DRG Version 2008) um weitere Prozeduren für Laserdestruktion für das G-DRG-System 2009 eine weitere Verbesserung der Vergütung im Jahr 2009 für die betroffenen Fälle erreicht werden (G-DRG-Version 2009: DRG M11Z *Transurethrale Laserdestruktion der Prostata*).

Wie in der MDC 11 wurden auch in der MDC 12 im Rahmen der Extremkostenanalyse Abbildungsmöglichkeiten für weitere hochaufwendige Fallkonstellationen geschaffen. So wurde eine neue DRG M38Z *Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* etabliert für Fälle, die die Kombination aus der neuen Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ mit verschiedenen Prozeduren der operativen Partition der MDC 12 erfüllen. Diese Fälle wurden in der G-DRG-Version 2009 einer deutlich sachgerechteren Vergütung zugeführt.

Nach Hinweisen aus dem diesjährigen Vorschlagsverfahren wurden die Prozeduren für die Anlage eines doppelläufigen sowie für die Anlage eines endständigen Enterostomas als selbständiger Eingriff in die DRG M37Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* aufgenommen und so eine sachgerechtere Vergütung der betroffenen Fälle erreicht. Weiterführende Analysen der DRG M37Z hatten eine Streichung verschiedener nicht-aufwendiger Prozeduren (z. B. 5-575.0- *Partielle Harnblasenresektion: Teilresektion ohne Ureterneointegration*) zur Folge mit einer Abwertung der nun in der Basis-DRG M01 *Große Eingriffe an*

den Beckenorganen beim Mann abgebildeten Fälle, bei gleichzeitiger Aufwertung der in der DRG M37Z verbleibenden Fälle.

In der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* wurde auf Basis von Vorschlägen aus dem Vorschlagsverfahren für 2009 nach der für das G-DRG-System 2008 vorgenommenen Zuordnung von Fällen mit Myomenukulation in die DRG N23A *Myomenukulation* (G-DRG-Version 2008) eine weitere Abbildung von komplexen Myomenukulationen geschaffen. Hierzu werden im G-DRG-System 2009 durch eine Erweiterung der Splitbedingung der DRG N21Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation* anhand der gleichzeitigen Anwendung verschiedener chirurgischer Verfahren zur Myomenukulation (hysteroskopische Myomenukulation und ein weiteres chirurgisches Verfahren) betroffene Fälle zukünftig nicht mehr in der DRG N23A abgebildet, sondern in die DRG N21Z eingruppiert und damit aufgewertet. Anschließend wurden die DRGs N23A und N23B *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen außer Myomenukulation* wegen geringer Fallzahl in der DRG N23B zur DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukulation* zusammengelegt.

Wie in den MDCs 11 und 12 wurde auch in der MDC 13 im Rahmen der Extremkostenanalyse für verschiedene Fälle eine verbesserte Abbildung geschaffen. Durch einen zweifachen Split der DRG N01A *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie mit äußerst schweren CC* (G-DRG-Version 2008) werden im G-DRG-System 2009 zum einen Fälle, die zusätzlich die Bedingung der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ erfüllen oder Fälle mit einem zusätzlichen komplexen Eingriff (z.B. Ureterresektion, Ileum Conduit, kutane Harnableitung, Zystektomie, Darmbypass, Harnblasenresektion oder laterale erweiterte endopelvine Resektion) in die DRG N01A *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation* eingruppiert. Zum anderen werden Fälle, die zusätzlich die neue Funktion „Multiviszeraler Eingriff“ erfüllen, in die neue DRG N01B *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff* eingruppiert.

Außerdem wurden – ebenfalls auf Basis von Vorschlägen aus dem aktuellen Vorschlagsverfahren – Fälle mit Lymphadenektomie in Kombination mit einem gynäkologischen Eingriff auf eine verbesserte Abbildung untersucht. Im Ergebnis konnte eine erhebliche Aufwertung durch Eingruppierung dieser Fälle in die Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie* durch Kombination der Eingangsbedingungen der Basis-DRGs N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen* und N34 *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* mit bestimmten Lymphadenektomien erreicht werden.

Weiterhin wurde im Rahmen der Extremkostenanalyse auch in der MDC 13 eine neue DRG N38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* etabliert für Fälle, die die Kombination aus der neuen Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ mit den Basis- bzw. Splitbedingungen verschiedener DRGs der operativen Partition der MDC 13 erfüllen.

3.3.2.14 Intensivmedizin

Zur aufwandsgerechten Abbildung intensivmedizinischer Leistungen wurden in den zurückliegenden Jahren der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems mehrere Wege parallel beschritten:

- Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC
- Berücksichtigung der Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score)
- Einbeziehen intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren in zahlreiche DRG-Definitionen oder Splitkriterien, z.B. im Rahmen der Funktion „Komplizierende Prozeduren“
- Etablierung intensivmedizinisch bedeutsamer Zusatzentgelte

Auch nach mehrjähriger Anwendung haben sich diese Lösungsansätze alle im Grundsatz als weiterhin geeignet zur sachgerechten Abbildung der Intensivmedizin gezeigt. Die für 2009 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen dar. Im Fokus bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 standen u.a. intensivmedizinisch behandelte Kinder.

Intensivmedizin bei Kindern

Innerhalb der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC (A06 bis A13) gelingt die sachgerechte Abbildung intensivmedizinisch versorgter Kinder anhand einer Vielzahl kinderspezifischer Splitkriterien. Dabei kommen einerseits reine Alterssplits zur Anwendung, andererseits werden auch kinderspezifische Diagnosen oder Prozeduren als Definitionskriterium verwendet, beispielsweise in der DRG A09A *Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit angeborener Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre [...]*. Die systematische Prüfung aller DRGs auf Aufwandsunterschiede bei der Versorgung von Kindern führte für 2009 zur Etablierung weiterer Alterssplits. Eine Übersicht über 2008 bestehende und für 2009 neu etablierte Alterssplits zeigt Abbildung 5.

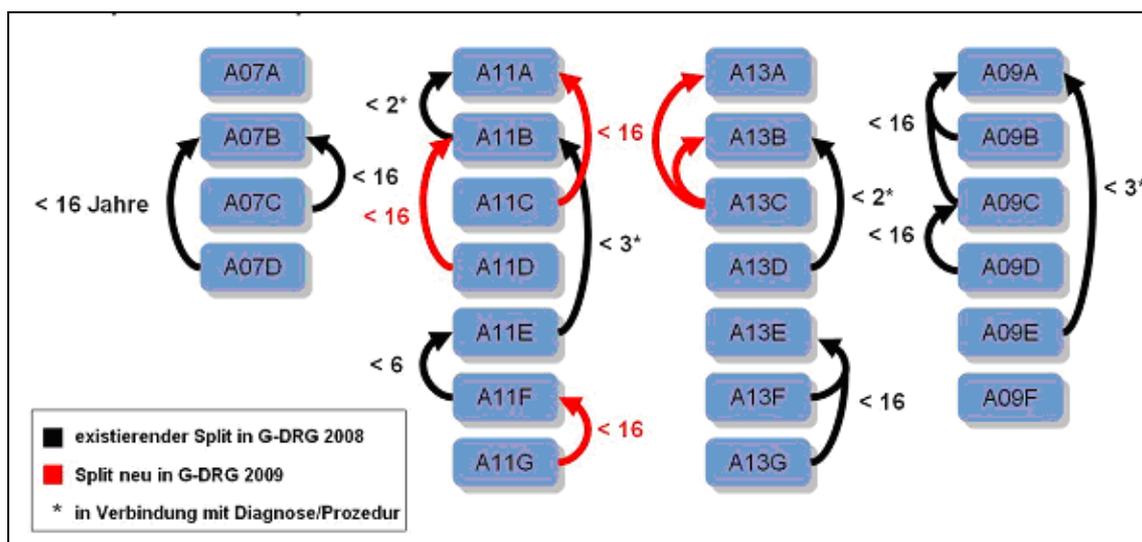


Abbildung 5: Alterssplits in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC

Außerhalb der Prä-MDC zeigen sich Alterssplits bestehender DRGs als weniger hilfreich zur aufwandsgerechten Darstellung der Intensivmedizin bei Kindern. Ursächlich hierfür ist, dass in den organbezogenen MDCs die Summe der Aufwandspunkte nach TISS/SAPS das primäre Ordnungsmerkmal für komplexe intensivmedizinische Fälle darstellt und die entsprechenden OPS-Kodes aus 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* erst ab einem Alter von 14 Jahren angewendet werden dürfen. Einen in gleicher Weise geeigneten und belastbaren Leistungsbezeichner für aufwendige Intensivfälle bis 14 Jahre zu schaffen ist bereits seit mehreren Jahren Inhalt der Zusammenarbeit von DIMDI und Fachgesellschaften. Die für 2008 neu in den OPS aufgenommenen Kodes aus 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* stellen hier lediglich einen ersten Zwischenschritt dar. Diese Kodes lagen in den Kalkulationsdaten aus 2007 noch nicht regelhaft vor und konnten daher nur mit Hilfe einer ergänzenden Datenabfrage bereits für die G-DRG-Version 2009 in zwei DRGs im Sinne einer Aufwertung berücksichtigt werden:

E40A *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden [...]*

E77A *Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit angebor. Fehlbildungssyndrom [...] [oder] intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std.*

Ob in Zukunft bei Vorliegen der Kodes in den regulären Kalkulationsdaten eine dem TISS/SAPS-Score vergleichbare Gruppierungsrelevanz für die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* erreicht werden kann, muss jedoch bezweifelt werden, da die derzeitige Definition der Kodes aus 8-98c nicht die Trennschärfe der entsprechenden Kodes aus 8-980 für die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [ab 14 Jahre]* erreicht: Während die Kodes für Erwachsene mittels der Scores nach TISS und SAPS u.a. Vitalparameter, Erkrankungsschwere und vorgenommene Maßnahmen einbeziehen und zu einem Gesamtpunktwert summieren (der allenfalls mittelbar mit der Behandlungsdauer korreliert), beschreiben die derzeitigen Kodes für die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* im Wesentlichen nur die Behandlungsdauer auf einer Intensivstation (die anhand von Mindestanforderungen näher spezifiziert wird).

Weitere Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC

Bei der aufwandsgerechten Umgestaltung der DRGs A06 bis A13 für Fälle mit Beatmung > 95 Stunden konnten in den Jahren 2003 bis 2007 insbesondere hochaufwendige Fälle immer besser abgegrenzt werden, wozu neben der Berücksichtigung verschieden aufwendiger operativer Leistungen vor allem die Einteilung nach *Intensivmedizinischer Komplexbehandlung* beigetragen hat. Als weiterhin verbesserungsfähig zeigten sich in diesem Jahr vor allem die jeweils rangniedersten Fallpauschalen der Basis-DRGs A07, A09, A11 und A13. In diesen DRGs fanden sich trotz einer relativ guten Kostenhomogenität aller Fälle bei Detailanalysen sowohl vergleichsweise gering aufwendige Fälle mit Langzeitbeatmung als auch wesentlich komplexere Intensivfälle, die aber von keinem der bisher eingesetzten Splittkriterien erfasst wurden. Dies war auch Thema im Vorschlagsverfahren, wo u.a. angeregt wurde, Fälle mit Maskenbeatmung, die als wesentlich weniger aufwendig angenommen wurden, entsprechend abzuwerten. Da sich per Maske beatmete Fälle in den Kalkulationsdaten jedoch keinesfalls als durchgängig weniger aufwendig zeigten, konnte eine solche Änderung nicht umgesetzt werden, was auch darin begründet sein könnte, dass die derzeit im OPS zur Verfügung stehenden Kodes nicht geeignet sind, einfache und komplexere Beatmungsformen mit Maske voneinander abzugrenzen. Stattdessen zeigte sich eine in einer Vielzahl von Analysen erarbeitete Hauptdiagnosenliste – und damit ein geradezu klassisches DRG-

Splitkriterium – als guter Trenner zwischen komplexen und deutlich weniger komplexen Fällen. Am Beispiel der Basis-DRG A13 ist dieser neue Split in der Abbildung 6 dargestellt.

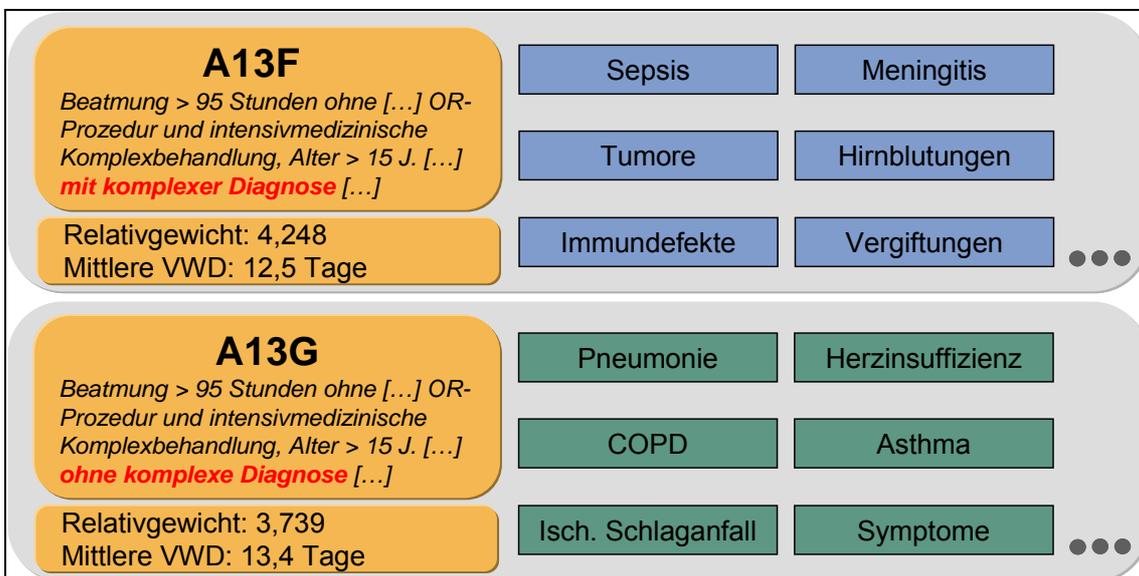


Abbildung 6: Hauptdiagnosesplit der DRG A13F

Dieses Beispiel zeigt gut, dass der Aufwandsunterschied zwischen A13F und A13G, der am deutlich höheren Relativgewicht der DRG A13F sichtbar ist, trotz einer kürzeren mittleren Verweildauer dieser DRG besteht, es sich also gerade nicht um einen verweildauerbezogenen Aufwandsunterschied handelt.

Die gezeigte Differenzierung trug mit dazu bei, dass für die G-DRG-Version 2009 erstmals wieder eine Abbildung beatmeter Schlaganfallpatienten innerhalb der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC möglich war. Wie in Kapitel 3.3.2.24 näher beschrieben, ermöglichte dies den Verzicht auf mehrere hochkomplexe Logiken in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* und damit eine deutlich transparentere Darstellung der Eingruppierung in diesem Bereich des Definitionshandbuchs.

Sortierproblematik: DRGs für Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Innerhalb der einzelnen MDCs und Partitionen sind die DRG-Fallpauschalen typischerweise absteigend nach Relativgewicht sortiert, sodass ein komplexer Fall, der die Kriterien mehrerer DRGs erfüllt, der erlöshöchsten DRG zugeordnet wird. Vor Zuordnung eines Falles in eine organbezogene MDC gemäß seiner Hauptdiagnose wird zunächst geprüft, ob die Bedingungen zum Erreichen einer DRG der Prä-MDC vorliegen. Die Zuordnung zu einer solchen DRG ist in der Regel mit einem deutlich höheren Relativgewicht verbunden. Nach Etablierung hoch bewerteter DRGs für Fälle ohne Langzeitbeatmung, aber mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung in den organbezogenen MDCs in den Jahren 2006 und 2007 konnte aber im Einzelfall das Problem auftreten, dass ein Fall mit hoher Punktzahl nach TISS/SAPS bei zusätzlicher Angabe der Beatmungstunden eine DRG mit geringerem Relativgewicht erreichte. Wie in Abbildung 7 verdeutlicht, konnte z.B. ein Fall statt der DRG H36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* mit einem Relativgewicht von 9,620 aufgrund einer zusätzlich

angegebenen Beatmungszeit von 200 Stunden der DRG A13C *Beatmung > 95 und < 250 Stunden [...]* mit Relativgewicht 9,164 zugeordnet werden.

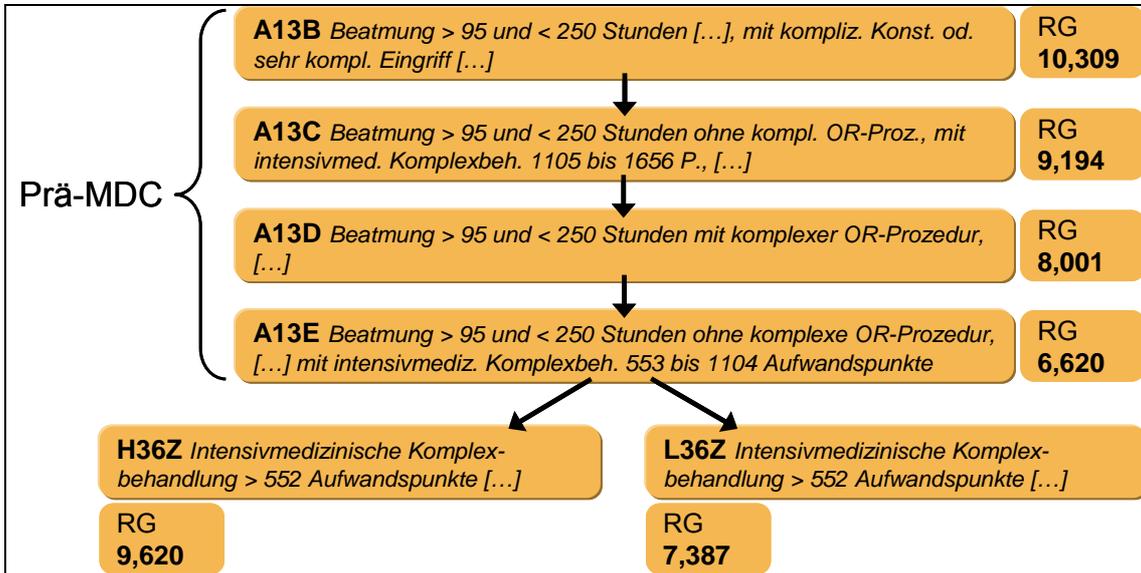


Abbildung 7: Abfrageposition der DRGs H36Z und L36Z vor Umbau

Diese Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ erwies sich in der Detailanalyse als nur von vergleichsweise nachgeordneter Bedeutung, da nur eine geringe Zahl von Fällen betroffen war. Dennoch wurden alle betroffenen DRGs für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung in der G-DRG-Version 2009 entsprechend ihren Kosten in den Abfragealgorithmus der Prä-MDC einsortiert und das dargestellte Problem somit vollständig behoben, da die im Jahr 2008 bestehende Situation einen unerwünschten Kodieranreiz – nämlich zur Nichtangabe der Beatmungsstunden – darstellte. Die Abfragereihenfolge nach dem entsprechenden Umbau ist exemplarisch in Abbildung 8 dargestellt.

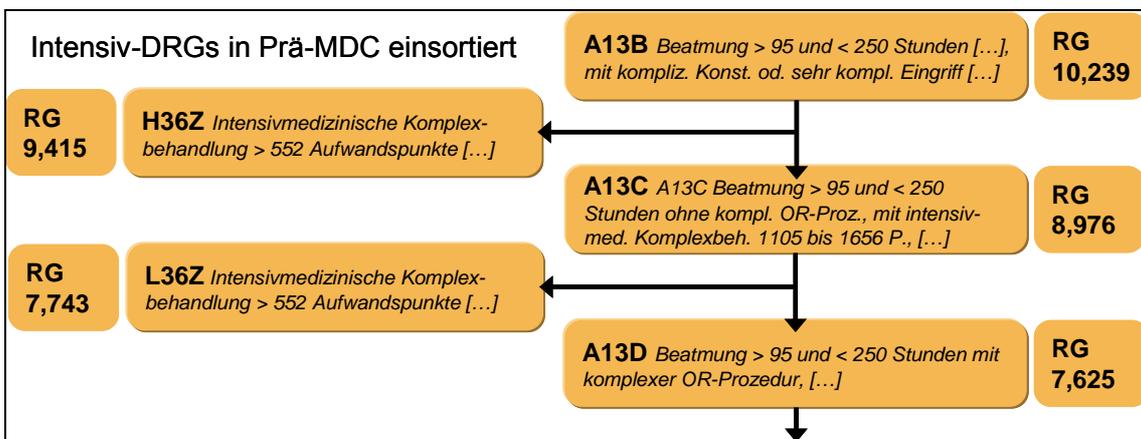


Abbildung 8: Abfrageposition der DRGs H36Z und L36Z nach Umbau

Komplizierende Konstellationen

Die Berücksichtigung intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren in zahlreichen DRG-Definitionen und Splitkriterien mittels der Funktion „Komplizierende Prozeduren“ hat sich in den zurückliegenden Jahren bewährt, wurde für 2009 jedoch zugunsten einer stärker kontextabhängigen Einbeziehung dieser Parameter erheblich modifiziert. Die aus dieser Veränderung resultierenden neuen Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ sind in Kapitel 3.3.2.15 separat umfassend dargestellt.

3.3.2.15 Komplizierende Konstellationen

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde der Bereich aufwendiger Fallkonstellationen sehr umfangreich untersucht und überarbeitet.

Bereits in der G-DRG-Version 2005 wurde die Funktion „Komplizierende Prozeduren“ etabliert, um aufwendige Fälle insbesondere der Intensivmedizin einer sachgerechten Vergütung zuzuführen. Nachdem diese Funktion mehrere Jahre gruppierungsrelevant war, zeigte sich nunmehr, dass die unterschiedlichen Prozeduren nicht mehr gleichwertig sind im Sinne der Detektion von aufwendigen Fällen. Darüber hinaus wurde vereinzelt bemängelt, dass diese Funktion sehr prozedurenlastig sei.

Demzufolge wurden im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems umfangreiche Analysen durchgeführt. Dabei wurde eine MDC-bezogene Anpassung vorgenommen sowie mehrere MDC-bezogene Funktionen etabliert. Dabei kam es sowohl zur Aufnahme von Diagnosecodes als auch zu Streichungen von Prozeduren, wenn sich diese nicht mehr als relevant gezeigt haben. Letztendlich wurde die Funktion in „Komplizierende Konstellationen“ umbenannt, da sie zwischenzeitlich ein matrixartiges Abbild von Konstellationen und nicht nur von Prozeduren ist.

Durch die neue multidimensionale Funktion „Komplizierende Konstellationen“ konnte eine noch differenziertere Abbildung aufwendiger Fälle geschaffen werden. Die folgenden vier Funktionen wurden im G-DRG-System 2009 etabliert:

- „Komplizierende Konstellationen I“
- „Komplizierende Konstellationen II“
- „Komplizierende Konstellationen MDC 11“
- „Komplizierende Konstellationen Prä-MDC“

Die Funktion „Komplizierende Prozeduren“ berücksichtigte bislang folgende Leistungsbereiche:

- 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
- Schrittmacher
- Strahlen- und Chemotherapie
- Reanimation
- Aufwendige Lagerungsbehandlungen

Aufgrund der durchgeführten Analysen konnte die Logik um besonders schwerwiegende Diagnoseschlüssel (*Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] mit Organkomplikationen*) erweitert werden. Aber auch die bisherigen Prozedurentabellen wurden einer sehr umfangreichen Untersuchung unterzogen. Dabei kam es zu multiplen Änderungen, wovon einige im Folgenden näher erläutert werden:

In der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* finden sich häufig dialysepflichtige Patienten. Dementsprechend ist das Attribut einer durchgeführten Dialyse nicht von der hohen Bedeutung wie in anderen MDCs. Insofern wird in der Funktion „Komplizierende Konstellationen MDC 11“ die Dialyse bei der Gruppierungslogik nicht mehr berücksichtigt.

Bei der Analyse der Codes für Erythrozytenkonzentrate konnte ein Unterschied zwischen der Gabe bei operierten bzw. nichtoperierten Fällen gefunden werden. Demnach ist der OPS-Code 8-800.7g für die Gabe von 6 bis unter 11 Erythrozytenkonzentrat, der die bisherige Untergrenze der Erlösrelevanz im Rahmen dieser Funktionen darstellte, in der G-DRG-Version 2009 nicht mehr gruppierungsrelevant, da für operative Fälle der mit diesem Code assoziierte Aufwandsunterschied sich nicht mehr als gleichwertig mit den anderen Parametern der Funktion zeigte. Ausgenommen von dieser Änderung ist die Transfusion von 6 bis unter 11 Erythrozytenkonzentrat bei Kindern, die weiterhin auch bei operierten Fällen im Rahmen der „Komplizierende[n] Konstellationen“ berücksichtigt wird. Ebenso bleibt bei Gabe von 11 Erythrozytenkonzentrat oder mehr für alle Patienten die bisherige Gruppierungsrelevanz unverändert.

Auch für die mit den OPS-Kodes aus 8-390 *Lagerungsbehandlung* verschlüsselbaren Leistungen, die bisher (mit Ausnahme der hochaufwendigen Basis-DRGs A07 *Beatmung > 999 und < 1800 Stunden* und A09 *Beatmung > 499 und < 1000 Stunden* in der Prä-MDC) von der Funktion „Komplizierende Prozeduren“ stets als schweregradsteigernd gewertet wurden, zeigten die durchgeführten Analysen, dass diese Codes sich nicht mehr durchgängig als Definitionskriterium für aufwendige Fälle eignen. Im Ergebnis wurden die wenig spezifischen Codes

8-390.3 *Lagerungsbehandlung: Lagerung bei Schienen*

8-390.4 *Lagerungsbehandlung: Lagerung bei Extensionen*

8-390.x *Lagerungsbehandlung: Sonstige und*

8-390.y *Lagerungsbehandlung: N.n.bez.*

vollständig aus den Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ gestrichen. In den Funktionen „Komplizierende Konstellationen II“ und „Komplizierende Konstellationen MDC 11“ sind auch die übrigen Codes aus 8-390 *Lagerungsbehandlung* nicht mehr gruppierungsrelevant.

Ein weiteres Ergebnis des Umbaus ist, dass sich verschiedene Drainagen, z.B. die therapeutische Drainage des Peritonealraums (OPS-Kode 8-148.0), nicht mehr als belastbarer Kostentrenner erwiesen haben und daher teilweise aus den „Komplizierende[n] Konstellationen“ gestrichen wurden. Andere Verfahren wie die Drainage des Retroperitonealraums (OPS-Kode 8-148.1) waren weiterhin mit wesentlich höherem Aufwand verbunden und blieben in den Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ unverändert abgebildet.

Durch die Etablierung der neuen Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ konnten aufwendige, komplexe und multifaktorielle Fallkonstellationen in einem weiteren Schritt sachgerechter abgebildet werden.

3.3.2.16 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Kinderkardiologie und -herzchirurgie

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 Detailaspekten 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.

Mit Abstand die meisten Vorschläge hatten die Abbildung der endovaskulären bzw. der transapikalen Implantation von Herzklappenprothesen zum Thema. Diese Leistung war für das Jahr 2008 mit NUB-Status 1 beschieden worden. Im G-DRG-System des Jahres 2008 führen die Prozeduren für die endovaskuläre Implantation eines Aorten- oder Pulmonalklappenersatzes (5-35a.00 und 5-35a.1) in die 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 Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Operation*. Eine Aufwertung der betroffenen Fälle und somit die Integration dieser NUB-Leistung in das G-DRG-System gelang in der diesjährigen Weiterentwicklung noch nicht, da die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser, die diese Leistung im Jahr 2007 erbracht haben, für ein belastbares Ergebnis zu gering war. Möglicherweise wird bei belastbarer Datengrundlage des Jahres 2008 eine Verbesserung der Abbildung umsetzbar sein.

Bezüglich der Abbildung der kardialen Kontraktilitätsmodulation, die im Jahr 2008 NUB-Status 1 hatte, erreichten uns ebenfalls einige Vorschläge hinsichtlich einer Untersuchung der Abbildung dieser Leistung. Der OPS-Kode 5-379.8 *Implantation oder Revision eines myokardmodulierenden Systems [CCM]* wurde im OPS Version 2009 differenziert in die Codes 5-379.80 für Implantation und Wechsel und 5-379.81 für Revision. Nach Analysen mit Hilfe der ergänzenden Datenbereitstellung führt der differenzierte Code 5-379.80 für *Implantation und Wechsel eines myokardmodulierenden Systems* nun in der G-DRG-Version 2009 unabhängig von weiteren Bedingungen in die DRG F01A *Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems*. Dies bedeutet eine Aufwertung dieser Leistung gegenüber der G-DRG-Version 2008, in der eine Eingruppierung beispielsweise in die Basis-DRG F35 *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren* erfolgte, und zugleich eine Integration einer NUB-Leistung in das G-DRG-System.

Weitere Änderungen in der operativen Partition der MDC 05 betrafen die Abbildung von Sondenwechseln bei Patienten mit Defibrillatoren oder Herzschrittmachern. Zum einen wurden Fälle mit Aggregat- und Sondenwechsel eines Defibrillators mit Einkammerstimulation durch eine entsprechende Kodeverschiebung von der DRG F10Z *Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation* in die DRG F02Z *Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation* (DRGs nach G-DRG-Version 2008) aufgewertet. Zum anderen erfolgte jeweils ein Split der DRGs F18A und F18B, in welchen die Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel abgebildet wird, anhand komplexer Prozeduren wie z.B. dem Sondenwechsel oder der kombi-

nierten Entfernung von Aggregat und Sonde. Weiterhin wurden innerhalb der DRG F12Z *Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammer-System* teure Fälle mit invasiver kardiologischer Diagnostik und der Implantation eines Ereignisrekorders identifiziert und durch einen Split der DRG anhand dieser Merkmalskombination aufgewertet.

Weiterhin wurde, angeregt durch einen Vorschlag der Fachgesellschaft, die DRG F42Z *Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler, Hybridchirurgie, bestimmte Herzklappeneingriffe oder andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei Kindern* etabliert, die insbesondere Kinder mit invasiver kardiologischer Diagnostik aus den bisherigen DRGs F07Z *Anderer 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 F30Z *Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern* im Sinne einer Aufwertung abbildet.

Die im Vorjahr begonnene Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit des G-DRG-Systems wurde insbesondere innerhalb der MDC 05 fortgeführt. Es erfolgten zahlreiche Entkondensationen sowohl von einer Vielzahl der DRGs der medizinischen Partition als auch im Bereich der operativen Partition. Auf Basis dieser Entkondensationen waren vielfache Basis-DRG-Umbenennungen in der Art, dass themenverwandte DRGs nun wieder eine gemeinsame Basis-DRG haben, möglich. So gelang zum einen die Rückführung sämtlicher DRGs der medizinischen Partition in ihre „australischen“ Basis-DRGs. Außerdem konnte – neben einigen anderen in der operativen Partition – beispielsweise die Abbildung der Implantation von Herzschrittmachern in einer gemeinsamen Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* erreicht werden. Die verschiedenen Maßnahmen zur Erhöhung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind in Kapitel 3.3.5.1 detailliert dargestellt.

Für die G-DRG-Version 2008 erfolgte zur Reduktion der Problematik „Mindererlös bei Mehrleistung“ in der MDC 05 erstmals eine Sortierung der DRGs der operativen und der medizinischen Partitionen. Diese Sortierung hatte die Abfrage bestimmter DRGs der operativen Partition, z.B. der DRG F67D *Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre*, vor der DRG F49F *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter > 14 Jahre* zur Folge. Aus dieser Sortierung entstand eine im Laufe des Jahres und auch im Vorschlagsverfahren mehrfach geschilderte Situation einer Untervergütung von Fällen mit einer diagnostischen Koronarangiographie bei einem Belegungstag aufgrund der Kurzliegerabschläge bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer, wenn diese aufgrund der veränderten Sortierung nun in konservative DRGs anstatt wie bisher in die DRG F49F *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter > 14 Jahre* eingruppiert wurden (siehe Abb. 9 und 10).

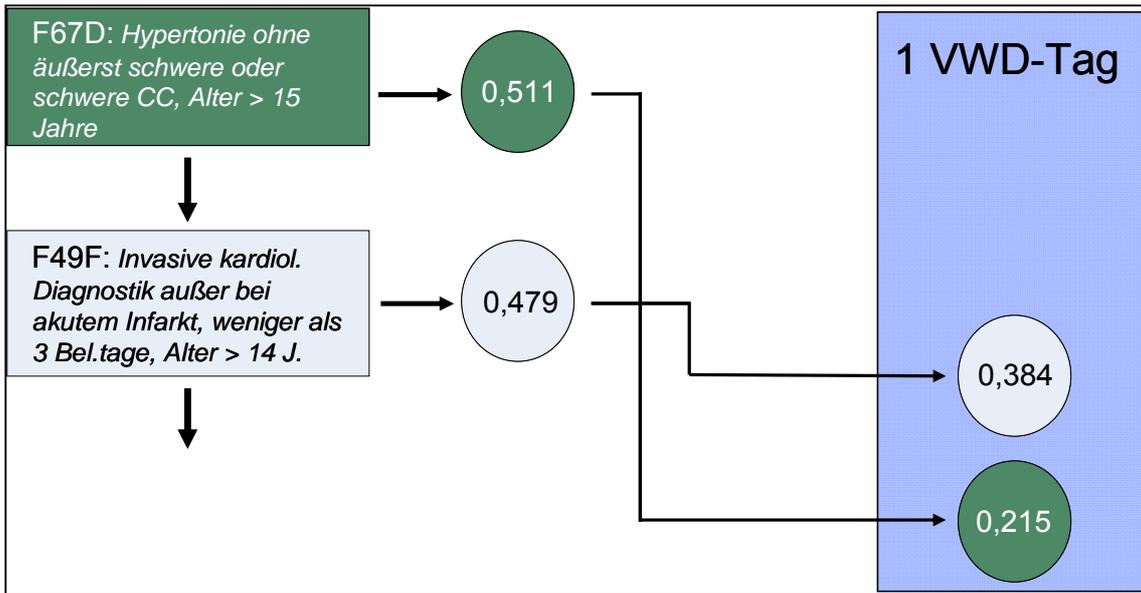


Abbildung 9: Invasiv-diagnostische Leistungen nach G-DRG-Version 2008 - Gruppierungsbeispiel

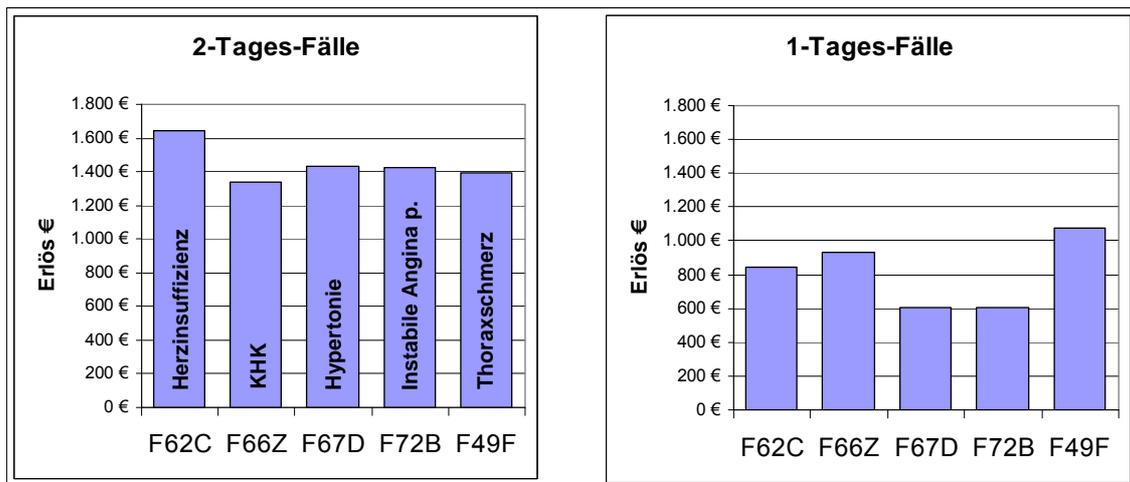


Abbildung 10: Invasiv-diagnostische Leistungen nach G-DRG-Version 2008 (Erlös berechnet unter Verwendung eines Basisfallwertes von 2.800 €)

Das Ziel der diesjährigen Weiterentwicklung war die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einem Belegungstag bei invasiver kardiologischer Diagnostik unter Beibehaltung der Sortierung von konservativer und anderer Partition der MDC 05. Dies gelang durch eine Einschränkung des Splitkriteriums der DRG F49F *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre* auf Fälle mit einem Belegungstag und Sortierung dieser DRG hinter die Basis-DRG F61 *Infektiöse Endokarditis* und somit vor die Mehrheit der konservativen DRGs. Wie auf den folgenden beiden Abbildungen 11 und 12 zu erkennen ist, wurde somit die Untervergütung von Fällen mit diagnostischer Koronarangiographie bei einem Belegungstag gelöst.

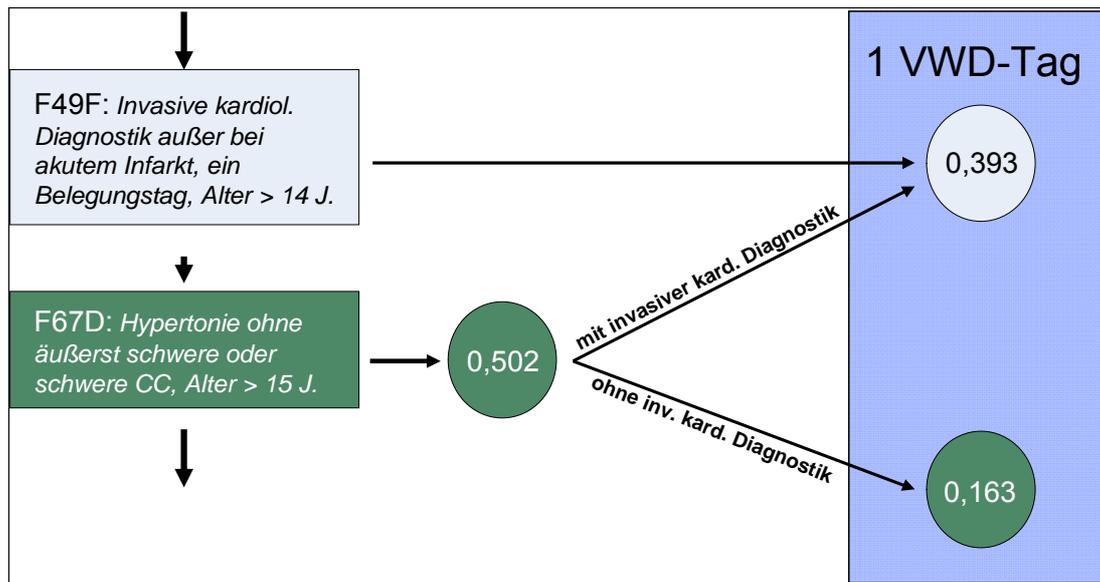


Abbildung 11: Invasiv-diagnostische Leistungen nach G-DRG-Version 2009 – Gruppierungsbeispiel

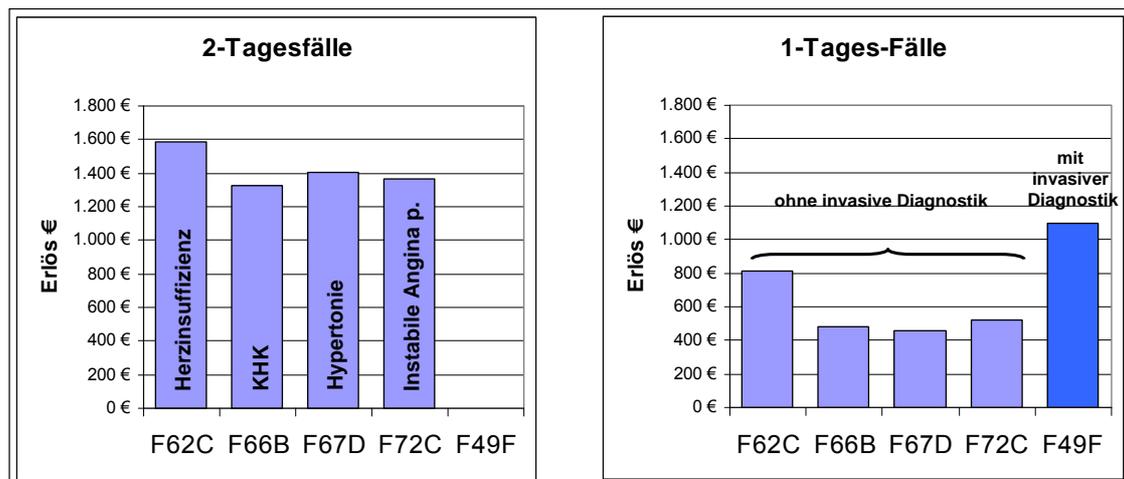


Abbildung 12: Invasiv-diagnostische Leistungen nach G-DRG-Version 2009 (Erlös berechnet unter Verwendung eines Basisfallwertes von 2.800 €)

Ein Fall mit Hypertonie als Hauptdiagnose und einer diagnostischen Koronarangiographie wird bei zwei Belegungstagen nach G-DRG-Version 2009 in die DRG F67D *Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre* mit einem Relativgewicht von 0,502 eingruppiert. Bei einem Belegungstag hingegen erfolgt die Eingruppierung in die DRG F49F mit einem Relativgewicht von 0,393. Ein Fall mit Hypertonie als Hauptdiagnose ohne diagnostische Koronarangiographie würde bei einem Belegungstag in die DRG F67D eingruppiert und hätte aufgrund der unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen in dieser DRG ein effektives Relativgewicht von 0,163.

Eine weitere Änderung in der Basis-DRG F49 *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt* war die Aufwertung von Fällen mit kardialem Mapping durch eine Aufnahme dieser Fälle in die DRG F49C *Invasive kardiologische Diagnostik außer*

bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage od. mehr als 2 Belegungstage ohne äuß. schwere CC, Alter < 15 Jahre od. mehr als 2 Belegungstage, ohne äuß. schw. CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping. Die Überprüfung der kombinierten Links-/Rechtsherz-Katheteruntersuchungen zeigte, dass die Kodestreichung der Kombinationskodes für Links-/Rechtsherz-Katheteruntersuchungen aus der Bedingung „Komplexer Eingriff“ der Basis-DRG F49 zu einer sachgerechteren Abbildung führt. Aufgrund dieser Kodestreichung ergab sich aus der OPS-Änderung in diesem Bereich keine Notwendigkeit weiterer Anpassungen. Die von der Fachgesellschaft vorgeschlagene künftige Kodierung der kombinierten Links-/Rechtsherz-Katheteruntersuchungen mit einer Kombination von Codes aus 1-273 *Rechtsherz-Katheteruntersuchung* und 1-275 *Transarterielle Linksherz-Katheteruntersuchung* anstelle der bisher verwendeten Codes aus 1-272 *Kombinierte Links- und Rechtsherz-Katheteruntersuchung*, die keine vollständige Kodierung aller Kombinationsmöglichkeiten erlaubten, führte im OPS Version 2009 zur Streichung des Codes aus 1-272.

3.3.2.17 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, kardiovaskuläre Hybridchirurgie), Operationen an mehreren Augenmuskeln oder *Eingriff an mehreren Lokalisationen* in der Unfallchirurgie. Für das G-DRG-System 2009 wurde diese Vorgehensweise fortgeführt, wobei im Ergebnis zahlreiche Verbesserungen im Detail umgesetzt werden konnten. Zu nennen sind beispielsweise

- Neugestaltung der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* mit Aufwertung von Fällen mit *Eingriff an mehr als einem Strahl*
- Berücksichtigung von Mehrfachfrakturen an der Hand innerhalb der Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand*
- Neue DRG I37Z für Fälle mit Mehretageneingriffen an Becken, Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß (vgl. auch Kap. 3.3.2.6)

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. Die Berücksichtigung beidseitiger Eingriffe bei unfallchirurgisch-orthopädischen Operationen konnte für die G-DRG-

Version 2008 mit der Anpassung der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ vervollständigt werden.

Für 2009 erfolgten weitere Einzelumbauten, so z.B. ein Split der Basis-DRG J07 *Kleine Eingriffe an der Mamma* anhand beidseitiger Eingriffe an der Mamma oder beidseitiger Exzision von Lymphknoten.

Mehrzeitige Eingriffe

Nachdem in der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein Schwerpunkt auf die Überprüfung der bestehenden Abbildung von mehrzeitigen Eingriffen im Hinblick auf trennscharfe Definitionen gelegt wurde, wurden in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 erneut Anregungen aus dem Strukturierten Dialog aufgegriffen. Dabei wurde darauf geachtet, dass es unter dem Gedanken der pauschalierenden Vergütung zu keiner verbesserten Vergütung von Komplikationen kommt.

Unter den Bedingungen einer aufgrund der erstmaligen Gruppierungsrelevanz der Mehrzeitigkeit im Jahr 2007 weiterhin nur begrenzt belastbaren Datengrundlage der Daten des Jahres 2007 wurde die Etablierung neuer DRGs kritisch geprüft. Die neu gestaltete DRG F36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* bildet nun zusätzlich mehrzeitige Eingriffe am Herzen (z.B. Bypässe, Klappen) und am Gastrointestinaltrakt (z.B. komplexe Magenresektion) ab.

Einen Sonderfall mehrzeitiger Eingriffe stellt die komplexe Vakuumbehandlung dar.

Multiviszeraleingriffe

Im Rahmen der Analysen zu Extremkostenfällen zeigten sich einige Fälle in verschiedenen MDCs als hochaufwendig, die bestimmte operative Prozeduren an unterschiedlichen Organsystemen aufwiesen. Zur sachgerechten Abbildung dieser Fälle wurde die Funktion *Multiviszeraleingriff* etabliert. Um diese Funktion zu erfüllen, muss ein Fall mindestens zwei hochaufwendige operative Prozeduren an unterschiedlichen Organsystemen ausweisen. Als „Organsystem“ wurden definiert: Lunge, Zwerchfell, Ösophagus, Magen, Darm, Leber, Pankreas, Peritoneum, Niere, Harnblase sowie gynäkologische oder urologische Eingriffe. Im Ergebnis wurden zum einen die DRGs G37Z *Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und L37Z *Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane*, welche ausschließlich durch die neue Funktion definiert sind, neu geschaffen. Zum anderen wurde die Funktion *Multiviszeraleingriff* in Kombination mit weiteren Kriterien als Kostentrenner in den DRGs L02A *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff* und N01B *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff* etabliert.

Komplexe Vakuumbehandlung

Erstmals für die G-DRG-Version 2007 wurden mit den DRGs G35Z *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und I98Z *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* zwei DRGs zur Abbildung von aufwendigen Fällen mit komplexer Vakuumbehandlung etabliert. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2009 erreichten uns

zahlreiche Vorschläge, die sowohl die Schaffung von weiteren DRGs für die komplexe Vakuumbehandlung in anderen MDCs als auch die Erweiterung bzw. Schärfung der Definition der bestehenden DRGs G35Z und I98Z zum Inhalt hatten. Die umfangreichen Analysen führten in einem ersten Schritt dazu, dass die Logik der DRGs G35Z und I98Z durch Streichung von Prozeduren für kleine Eingriffe bzw. Anlage oder Wechsel einer Vakuumversiegelung und temporäre Weichteildeckung mit alloplastischem Material aus der Tabelle der „Vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren“ geschärft wurde. Dies bedeutet u.a., dass eine alleinige mehrfache Anlage einer Vakuumversiegelung zukünftig nicht mehr in eine DRG für komplexe Vakuumbehandlung führt. Diese Schärfung der beiden genannten DRGs schlägt sich in einem deutlichen Anstieg der Bewertungsrelation nieder (siehe Tab. 15):

DRG	DRG-Text	BR 2008	BR 2009
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	8,226	9,756
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	6,052	7,118

Tabelle 15: Entwicklung der Bewertungsrelation der DRGs G35Z und I98Z

Auf Basis dieser geänderten Definition der komplexen Vakuumbehandlung wurden weitere MDCs auf die mögliche Etablierung von neuen DRGs für die komplexe Vakuumbehandlung untersucht, was zur Schaffung der neuen DRG J35Z *Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* in der MDC 09 führte. Alle drei DRGs werden ab 2009 über die neue Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ definiert, die abgesehen von den oben beschriebenen Änderungen der Tabelleninhalte die bisherige Definition der DRGs G35Z und I98Z enthält.

3.3.2.18 Multiple Sklerose

Nach der Schärfung der PCCL-Bedingung in der DRG B68A im letzten Jahr wurde erneut die Differenzierung der Basis-DRG B68 *Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie* – auch in Hinblick auf Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren zur Relevanz bestimmter Hauptdiagnosen – untersucht. Die Kodegruppen G11.– *Hereditäre Ataxie* und G37.– *Sonstige demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems* erwiesen sich auf Basis mehrerer schrittweiser Analysen und Simulationen als zusätzlicher geeigneter Kostentrenner. So wurde für das G-DRG-System Version 2009 durch Split der DRG B68C *Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre* anhand der genannten Hauptdiagnosen ein neuer Schweregrad innerhalb der Basis-DRG B68 geschaffen. Durch die Aufwertung dieser Diagnosen wurde ein weiterer Differenzierungsschritt in diesem spezialisierten Fachbereich getan.

In der Verordnung „Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2009 (VBE 2009)“ wird die neu gebildete DRG im Bereich Multiple Sklerose zusätzlich berücksichtigt.

In der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* wurden für Fälle mit vaginaler Entbindung bzw. Sectio caesarea in den Basis-DRGs O01 und O60 u.a. Diagnose-

kodes für Multiple Sklerose neu in die Liste der „komplizierenden Diagnosen“ aufgenommen mit dem Ergebnis einer Aufwertung entsprechender Fälle.

Darüber hinaus konnte nach wiederholter Analyse in diesem Jahr ein Zusatzentgelt für das Medikament „Natalizumab“ etabliert werden. Die Behandlung mit „Natalizumab“ wurde als Zusatzentgelt ZE97 *Gabe von Natalizumab, parenteral* in Anlage 2 und 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2009 (FPV 2009) aufgenommen. Im Jahr 2008 war dieses Medikament im NUB-Verfahren noch mit Status 1 beurteilt, sodass gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG die örtlichen Vertragsparteien zeitlich befristete, fallbezogene Entgelte oder Zusatzentgelte vereinbaren konnten. Mit der Definition als bewertetes Zusatzentgelt ist die Integration einer weiteren NUB-Leistung ins G-DRG-System 2009 gelungen.

3.3.2.19 Multiresistente Erreger/Septische Krankheitsbilder

Im Strukturierten Dialog zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erreichten uns in diesem Jahr wiederum zahlreiche Vorschläge zur Thematik der multiresistenten Erreger. Hinweise zur Etablierung weiterer DRGs für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] betrafen dabei verschiedene MDCs, vor allem jedoch die der Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma. Alternativ wurde wie in den Vorjahren die Etablierung eines Zusatzentgelts für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern vorgeschlagen. Andere Vorschläge betrafen Änderungen in den Hinweisen des OPS-Kodes 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* bzw. die Erweiterung der Möglichkeit zur Anwendung dieses Kodes z.B. auf Enterokolitis bei *Clostridium difficile*.

Nachdem in den Vorjahren 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 in der diesjährigen Weiterentwicklung als Kostentrenner in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*. Dort wurde die neue DRG J77Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* etabliert.

Auch der im Jahr 2007 neu in den OPS aufgenommene Kode für die *Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen* (8-989) wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung analysiert, erwies sich jedoch nicht als belastbarer Kostentrenner. Ein Grund hierfür könnte eine noch unvollständige Kodierung im Jahr 2007 sein. Dieser Komplexkode könnte – soweit mehr Fälle mit dieser Leistung vorlägen – eine noch differenziertere Abbildung von septischen Krankheitsbildern bzw. schweren Infektionen ermöglichen.

3.3.2.20 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 2009.

In der MDC 17 lag aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren ein Schwerpunkt auf der Abbildung von Fällen mit Chemotherapie – insbesondere mit hochkomplexer Chemotherapie – in der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*.

Umfangreiche Analysen zu dieser Thematik führten zu einer Aufwertung von Fällen der DRG R61B *Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC* mit hochkomplexer Chemotherapie in die DRG R61A *Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkomplexer Chemotherapie*. Darüber hinaus wurde die Basis-DRG R61 auf weitere mögliche Kostentrenner hin untersucht. Als Ergebnis konnten Fälle, welche die Bedingungen der Funktion „Komplizierende Konstellationen I“ erfüllen, aufgewertet werden. Diese werden zukünftig ebenfalls der DRG R61A zugeordnet. Im Gegenzug stellte sich heraus, dass die Funktion „Dialyse“ keinen geeigneten Kostentrenner mehr darstellt, was zu einer Streichung der DRG R61D *Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Dialyse* führte. Für die betroffenen Fälle bedeutet dies – je nach Ziel-DRG – eine Auf- oder eine Abwertung.

Eine Überprüfung der Splitkriterien der Basis-DRG R63 *Andere Leukämie* führte zu einem komplexen Umbau in der Form, dass ab 2009 zur Eingruppierung in die DRG R63A *Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie* das Vorhandensein einer hochkomplexen Chemotherapie ausreichend ist. Gleichzeitig wurden Fälle der DRG 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* von Fällen, die eine intensive und mäßig komplexe Chemotherapie erhalten haben, abgetrennt. Fälle mit mäßig komplexer bzw. lokaler Chemotherapie in Kombination mit Dialyse, Sepsis, Agranulozytose oder Portimplantation hingegen konnten zusammengeführt werden. Für Fälle ohne Chemotherapie wurden die Splitmerkmale an diejenigen der Fälle mit lokaler Chemotherapie angeglichen. Schlussendlich soll an dieser Stelle noch die Erweiterung der Splitbedingung der DRG R63B *Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 6 Jahre* um Fälle mit äußerst schweren CC erwähnt werden.

Bereits für die G-DRG-Version 2008 wurde zur Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung die DRG R36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen* neu etabliert. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 wurde die Abbildung von intensivmedizinisch versorgten Patienten in der MDC 17 erneut überprüft. Daraufhin konnte die untere Grenze der zur Eingruppierung in diese DRG erforderlichen Aufwandspunkte (OPS-Kodebereich 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)*) von 1105 auf 829 Aufwandspunkte gesenkt werden. Zusätzlich wurde diese DRG – zusammen mit DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung aus anderen MDCs – in Abhängigkeit von ihren Kosten in die Abfragerihenfolge der Prä-MDC einsortiert. Detaillierte Erläuterungen dazu finden sich in den Kapiteln zu Sortierung (3.3.5.2) und Intensivmedizin (3.3.2.14).

Die Abbildung von operativen Fällen in der MDC 17 wurde für Patienten mit einer Neck dissection an mehr als drei Regionen verbessert, die bisher der DRG R12C *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur* zugeordnet wurden. Diese werden ab 2009 in die DRG R12B *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur* eingruppiert.

Außerhalb der MDC 17 wurden verschiedene Analysen hinsichtlich einer Verbesserung der Abbildung von onkologischen Fällen unternommen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Abbildung von onkologischen Fällen mit Multiviszeraler Eingriff, für die eine gleichnamige Funktion eingerichtet wurde, die in verschiedenen DRGs – wie beispielsweise der DRG L02A *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters*,

Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff – zur Anwendung kommt. Zusätzlich wurde in der MDC 08 zum einen die DRG I37Z *Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageneingriffe an der unteren Extremität* neu geschaffen, zum anderen wurde die Definition der DRG I95Z *Implantation einer Tumorendoprothese* um Fälle mit einem Knochentotalersatz des Femurs erweitert. Innerhalb der MDC 09 wurden durch Split der DRG J07Z *Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung* beidseitige Eingriffe aufgewertet.

Für den Bereich Strahlentherapie bzw. Radiologie erfolgte eine Verschiebung von Fällen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie (OPS 8-529.3), die gemäß G-DRG-Version 2008 der DRG D19Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen* zugeordnet wurden, in die DRG D18Z *Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* der G-DRG-Version 2009, was einer Aufwertung dieser Leistung entspricht.

Die in diesem Jahr erneut durchgeführte systematische Untersuchung aller DRGs auf mögliche Altersplits führte u.a. zu einer Ergänzung der Splitbedingung der DRG 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* um die Bedingung „Alter < 16 Jahre“ bei gleichzeitigem Vorliegen einer intensiven Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder bei Vorliegen einer mäßig komplexen Chemotherapie und äußerst schweren CC. Darüber hinaus wurde die Splitbedingung der DRG R61B *Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC* um die Bedingung „und Alter > 15 Jahre“ ergänzt, was zu einer Fallverschiebung von Kindern < 16 Jahre in die DRG R61C *Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre* im Sinne einer Aufwertung geführt hat. Die analoge Prüfung aller DRGs auf mögliche Splits anhand des PCCL ergab für die Onkologie – wie oben bereits erläutert – eine Erweiterung der Splitbedingung der DRG R63B um Fälle mit äußerst schweren CC.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System für 2009 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in den Kapiteln Extremkostenfälle (3.3.2.6), Intensivmedizin (3.3.2.14), Abdominalchirurgie (3.3.2.27), Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen (3.3.2.13) und Mehrfacheingriffe (3.3.2.17) 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 Palifermin, parenteral* (ZE95)
- Etablierung eines neuen Zusatzentgelts für die *Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal* (ZE96)

- Einrichtung eines unbewerteten Zusatzentgelts für die *Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral* (ZE2009-70) und für die *Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloge* (ZE2009-71)
- 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 neuen Zusatzentgelten (ZE95 *Gabe von Palifermin, parenteral* und ZE2009-69 *Gabe von Hämin, parenteral*).

Die Revision der Deutschen Kodierrichtlinien für 2009 ergab für den Bereich der Onkologie eine Streichung der Kodierrichtlinie 0207 *Bösartige Neubildungen an mehreren Lokalisationen*. Dies wurde einerseits zum Zwecke der Redundanzvermeidung zur ICD-10-GM durchgeführt. Andererseits enthielt die Kodierrichtlinie eine Einschränkung der Kodierbarkeit der Diagnose C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* auf mehr als einen Primärtumor, der die Definition der Hauptdiagnose erfüllt, die nicht sinnvoll erschien. Zusätzlich wurde in DKR 0215 *Lymphom* das Inklusivum bei dem Code C79.5 *Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks* an die Änderungen bei diesem Code in der ICD-10-GM Version 2009 angepasst. Hier erfolgte eine Einschränkung der Verschlüsselung dieses Codes für Knochen(mark)herde bei malignen Lymphomen derart, dass dieser nicht mehr bei Plasmozytomen (ICD-10-GM: C90.—), sondern nur noch bei malignen Lymphomen angegeben werden kann, die unter der Kodegruppe C81–C88 kodierbar sind. Diese Änderung wurde auch aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2009 im Gruppierungsalgorithmus der DRGs R61F und G *Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre bzw. Alter > 15 Jahre* der G-DRG-Version 2009 nachvollzogen.

3.3.2.21 Parkinson-Syndrom

Die grundlegenden und umfassenden Klassifikationsänderungen des letzten Jahres zum Themenkomplex Parkinson-Syndrom konnten auf Basis der Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2007 bestätigt werden. Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im nächsten Jahr – auf Basis der Daten aus dem Jahr 2008 – gilt es insbesondere, den in den OPS Version 2008 aufgenommenen Code 8-97d *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson* zu überprüfen. Dieser Code definiert die im G-DRG-System Version 2008 neu etablierte und bisher unbewertete DRG B49Z *Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson*.

Für die *Behandlung des Morbus Parkinson in der Spätphase mit Apomorphin* wurde ein neuer Code in den OPS Version 2009 aufgenommen, welcher die *Ersteinstellung* (8-97e.0) und die *Dosis- und Therapiekontrolle und Optimierung einer Behandlung mit Apomorphin* (8-97e.1) differenziert.

Für den spezialisierten Bereich *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* (DRG B21Z) wurde – einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend – eine Differenzierung anhand des Kriteriums „Sondenimplantation“ eingeführt. Dadurch ergeben sich im G-DRG-System Version 2009 zwei Schweregrade: DRG B21A *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation* und DRG B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation*. Diese Differenzierung wurde auf Basis ergänzender Daten und zusätzlicher Hilfskonstrukte analysiert.

Zur eindeutigen Kodierung dieses Sachverhalts wurden die entsprechenden OPS-Kodes umgestaltet. Die neuen splitrelevanten OPS-Kodes sind 5-028.91 und 5-028.92 *Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar* bzw. [...] *Mehrkanalsystem, vollimplantierbar, wiederaufladbar*. Durch den neuen Split werden Eingriffe mit Sondenimplantation gegenüber dem reinen Aggregatwechsel ohne Sondenimplantation aufgewertet. Die DRG B21B, welche Fälle ohne Sondenimplantation enthält, konnte in diesem Jahr jedoch anhand der vorliegenden Datenbasis noch nicht kalkuliert und bewertet werden. Stattdessen sind krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 KHEntgG zu vereinbaren (siehe Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs 2009).

Analoge Kodedifferenzierungen wurden auch für die anderen Arten von Neurostimulatoren in den Codegruppen 5-028 *Funktionelle Eingriffe an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten*, 5-039 *Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen* und 5-059 *Andere Operationen an Nerven und Ganglien* in den OPS Version 2009 eingeführt. Diese Neurostimulatoren sind wie bisher mittels Zusatzentgelten abgebildet.

3.3.2.22 Querschnittlähmung

Der Themenbereich Chronische Querschnittlähmung bildete einen Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Mit Bezug auf die in mehreren Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren dargestellte Komplikationsbehandlung bei chronischer Querschnittlähmung wurden umfangreiche und detaillierte Analysen im gesamten G-DRG-System – über alle MDCs und Partitionen hinweg – durchgeführt, mit dem Ziel einer Aufwertung entsprechender Fälle. Die Schwerpunkte lagen auf den Bereichen

- Probleme des Sehnen-Muskel-Apparats (MDC 08),
- Dekubitus (MDC 09) und
- Komplikationen an den Harnwegen (MDC 11).

Im Ergebnis wurden vier neue DRGs (B03A, E77E, I53A und L74Z) etabliert, welche ausschließlich von Fällen mit chronischer Querschnittlähmung erreicht werden. Als Beispiel sei hier die DRG L74Z *Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para-/Tetraplegie* in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* erläutert: Für Fälle aus den medizinischen DRGs L63F (Infektionen), L64 und L68 (andere leichte bis moderate bzw. mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane), welche die Nebendiagnose *chronische Querschnittlähmung* aufweisen und sich deshalb signifikant von den übrigen Fällen dieser DRGs unterscheiden, wurde diese neue DRG geschaffen. Zukünftig werden die beschriebenen Fälle gemeinsam in der neuen DRG L74Z abgebildet werden, womit eine Aufwertung verbunden ist. In weiteren fünf DRGs (I08C, I08E, I69A, I69B und J02A), welche im Rahmen komplexer Umbauten der jeweiligen Basis-DRGs neu definiert wurden, werden Fälle mit chronischer Querschnittlähmung gemeinsam mit anderen Fällen aufgewertet. So werden beispielsweise in der neu definierten DRG J02A *Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung und ausgedehnte Lymphadenektomie, mit äußerst schweren CC bei Para-/Tetraplegie oder mit komplexem Eingriff* Fälle mit chronischer Querschnittlähmung und Fälle mit komplexer Lappenplastik bzw. Hauttransplantation gemeinsam aufgewertet. Darüber hinaus konnten Fälle mit chronischer Querschnittlähmung an weiteren 12 Stellen im G-DRG-System durch Splitterweiterung innerhalb bestehender DRGs aufgewertet werden. Hiervon sind folgende DRGs betroffen: E69A,

I06A, I09C, I13A, I68B, J08A, J11A, L18B, L20A, L20B, L42Z und 901C. Durch die Summe der vielfältigen Umbauten konnte die Abbildung von Fällen mit chronischer Querschnittlähmung im G-DRG-System Version 2009 umfangreich verbessert werden.

Als Definitionskriterium für die neuen DRGs bzw. Splitterweiterungen dient eine Diagnostentabelle, die neben den Codes, welche die Basis-DRG B60 *Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie* definieren, alle fünf Diagnosecodes enthält, die im letzten Jahr aus der Definition der DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* gestrichen wurden (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). Diese Erweiterung der Tabelle – auch um nicht spezifisch eine Querschnittlähmung bezeichnende Codes – hat den Hintergrund, dass derzeit noch nicht ausreichend spezifisch kodierte Fälle von den Veränderungen im G-DRG-System Version 2009 nicht ausgeschlossen werden sollen. In Erwartung einer zunehmenden Schärfung der Kodierung steht eine Überprüfung dieser Diagnoseliste für die kommenden Jahre an.

Zur Abbildung der akuten Querschnittlähmung in der DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* wurden erneut umfangreiche Analysen durchgeführt. Wie angekündigt wurde der letztjährige Umbau einer vorsichtigen Spezifizierung der DRG-Definition überprüft, insbesondere vor dem Hintergrund, dass einige Vorschläge die Rückführung der letztjährigen Umbauten forderten. Dabei wurden die Ergebnisse des Vorjahres auf Basis der Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2007 bestätigt. Weitere Einschränkungen der Definition der DRG B61Z, wie sie in anderen Vorschlägen beschrieben wurden, konnten nicht umgesetzt werden, da die Kodierung der akuten Querschnittlähmung auf Basis der vorliegenden Daten insgesamt optimierbar erscheint. Für weitere Schritte in diese Richtung sind zunächst die Auswirkungen des letztjährigen Umbaus auf die Kodierung abzuwarten. Diese werden frühestens in den Daten des Jahres 2008 und damit bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im nächsten Jahr analysierbar sein.

Weiterhin wurde eine Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) zur Wahl der Hauptdiagnose bei chronischer Querschnittlähmung vorgenommen. Für das Jahr 2009 wurde die DKR 0603 *Tetraplegie und Paraplegie, nicht traumatisch* der DKR 1910 *Verletzung des Rückenmarks (mit traumatischer Paraplegie und Tetraplegie)* in dieser Hinsicht angeglichen. Ergänzend wurden die beiden DKR dahingehend vereinheitlicht, dass nun auch in der chronischen Phase der traumatischen Querschnittlähmung die Angabe der funktionalen Höhe der Rückenmarksschädigung vorgeschrieben wird. Diese Änderungen dienen einer besseren Vergleichbarkeit der Kodierung von nicht traumatischen und traumatischen Fällen mit chronischer Querschnittlähmung, unabhängig von der Genese.

3.3.2.23 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Bei den „Kraniotomie-DRGs“ B02 und B20 wurden in diesem Jahr Diagnosen für Tumorerkrankungen des Nervensystems als neues Splittkriterium eingeführt. Im Rahmen einer Neustrukturierung des Splitkonstruktes der Basis-DRG B02 sind die entsprechenden Diagnosecodes an drei Stellen – für die DRGs B02A, B02B und B02D – gruppierungsrelevant geworden. Von einer Aufwertung durch Split innerhalb der Basis-DRG B02 bzw. durch Verschiebung aus der DRG B20A in die DRG B02D sind insbesondere Fälle mit einer Strahlentherapie (bei mehr als acht Bestrahlungen) und Kinder betroffen.

Insgesamt wurde mit der Neustrukturierung eine zusätzliche DRG innerhalb der Basis-DRG B02 etabliert.

Darüber hinaus sei an dieser Stelle auf die weitreichenden Umbauten im Bereich Intensivmedizin (Kap. 3.3.2.14) verwiesen, die insbesondere auch Fälle mit Schädel-Hirn-Trauma betreffen.

3.3.2.24 Schlaganfall

Wie bereits in den Jahren zuvor war der Themenkomplex Schlaganfall wiederum Gegenstand intensiver und zahlreicher Analysen. Die Schwerpunkte lagen in diesem Jahr auf der Konstellation Schlaganfall und gleichzeitige Langzeitbeatmung bzw. intensivmedizinische Komplexbehandlung sowie der anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, die in diesem Jahr erstmals auf Basis regulärer Daten untersucht werden konnte.

Schlaganfall mit Beatmung bzw. intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Die im G-DRG-System Version 2005 eingeführte Abbildung von langzeitbeatmeten Fällen mit Schlaganfall in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* anstatt in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC war Thema wiederholter Eingaben im Vorschlagsverfahren und wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut detailliert analysiert. Vor allem wurde die Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ von bestimmten Fällen mit zusätzlicher Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung gegenüber Fällen mit reiner Langzeitbeatmung angesprochen. Dieser und andere Punkte waren in den Vorjahren bereits Schritt für Schritt einer Lösung innerhalb der MDC 01 zugeführt worden, in diesem Jahr konnte jedoch – auf Basis einer kontinuierlich verbesserten Abbildungsqualität in den Themenbereichen Intensivmedizin und Schlaganfall – eine umfassende Lösungsvariante umgesetzt werden.

Diese Lösungsvariante führt die langzeitbeatmeten Fälle mit Schlaganfall aus der MDC 01 zurück in die Prä-MDC, indem die Umleitung von Fällen mit der Hauptdiagnose *Apoplexie* bzw. *TIA/Extrakranieller Gefäßverschluss* in die MDC 01 auf Prä-MDC-Ebene aufgelöst wurde. Eine wichtige Basis für diesen Umbau bildete die Differenzierung der rangniedersten Langzeitbeatmungs-DRG der Prä-MDC nach Hauptdiagnosen (siehe auch Kap. 3.3.2.14). Darüber hinaus spielte die Einsortierung der intensivmedizinischen DRGs der einzelnen MDCs in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC eine große Rolle. In der MDC 01 sind hiervon die DRGs B36A und B36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...] bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* betroffen, welche entsprechend ihrer Bewertungsrelationen hinter der DRG A15A (B36A) bzw. DRG A13B (B36B) abgefragt werden. Weitere Informationen hierzu sind dem Kapitel 3.3.2.14 zu entnehmen.

Damit durchlaufen Fälle mit Schlaganfall ab der G-DRG-Version 2009 wieder den kompletten Abfragealgorithmus der Prä-MDC, bevor sie einer DRG der MDC 01 zugeordnet werden. Die intensivmedizinischen DRGs der MDC 01 (B36A und B36B) können aufgrund ihrer neuen Abfrageposition innerhalb der Prä-MDC jedoch vor den übrigen DRGs der MDC 01 erreicht werden. Die Kombination dieser Umbauten führt zu einer Neuordnung langzeitbeatmeter Fälle mit Schlaganfall, hauptsächlich innerhalb der nach Relativgewicht sortierten Beatmungs-DRGs der Prä-MDC. Damit wurde insbesondere die eingangs erwähnte Problematik einer „Mindervergütung bei Mehrleistung“ behoben. Gleichzeitig konnte mit diesem Umbau aber auch die Problematik der Abbildung von Fällen mit Schlaganfall und z.B. Implantation eines Defibrillators oder Abklärung einer Enzephalopathie bei HIV gelöst werden. Indem diese Fälle nun die komplette Prä-MDC

durchlaufen, werden sie – bei Vorliegen entsprechender Kriterien und Beachtung der Sortierung – in die MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* bzw. MDC 18A *HIV* umgeleitet und dort spezifisch abgebildet.

Zusätzlich zu den positiven Veränderungen im Gruppierungsergebnis konnte in der Folge des Umbaus die Basis-DRG B83 *Apoplexie oder Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit Beatmung mehr als 177 Stunden* aufgelöst und die Definitionen zahlreicher DRGs innerhalb der MDC 01 zum Teil erheblich vereinfacht werden. So wurde beispielsweise die Bedingung *Beatmung > 95 Stunden* in der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* und anderen DRGs überflüssig. Die Definition der DRG B11Z *Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur* konnte sogar von elf unterschiedlich kombinierten Kriterien auf zwei reduziert werden. Damit führt der geschilderte Klassifikationsumbau auch zu einer deutlich transparenteren Gruppierung innerhalb der MDC 01.

Andere Schlaganfall-Komplexbehandlung

Die Leistung des nach Einführung in den OPS Version 2007 in diesem Jahr erstmals in den regulären Kalkulationsdaten vorliegenden Komplexkodes *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* (OPS-Kode 8-98b) wurde intensiv analysiert. Umfangreiche und detaillierte Simulationen ließen im Ergebnis die Einführung der beiden OPS-Kodes 8-98b.0 *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* sowie 8-98b.1 *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden* als gruppenrelevantes Merkmal in den Basis-DRGs B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse* und B70 *Apoplexie* zu.

Die Klassifikationsänderungen im Einzelnen:

- Ab der G-DRG-Version 2009 führen beide oben genannten OPS-Kodes als ergänzendes Splitkriterium in die DRG B69C *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*. Hierdurch werden Fälle aus den DRGs B69D und B69E aufgewertet.
- Die *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden* (OPS-Kode 8-98b.1) führt ab 2009 in die DRG B70C *Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., m. intrakranieller Blutung, ohne komplizierte intrakr. Blutung od. m. systemischer Thrombolyse od. m. anderer neurol. Komplexbeh. d. akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.* Hierdurch werden Fälle aus den DRGs B70E und B70F aufgewertet.
- Fälle aus der DRG B70F mit der Leistung *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* (OPS-Kode 8-98b.0) wurden durch Aufnahme in die DRG B70E *Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mit intrakranieller Blutung, ohne komplizierte intrakranielle Blutung oder mit systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden* aufgewertet.
- Fälle, welche weniger als vier Tage nach Aufnahme versterben, sind in den DRGs B70G (mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und B70H (ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) abgebildet. Im G-DRG-System Version 2009 führt zusätzlich zur neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS-Kode 8-981)

auch die andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS-Kode 8-98b) in die höher bewertete DRG. Damit wurden Fälle aus der DRG B70H *Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme* in die DRG B70G *Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme* verschoben und aufgewertet.

Insgesamt führen diese Umbauten in den Basis-DRGs B69 und B70 zu einer Aufwertung von Fällen, welche die Bedingungen des OPS-Kodes 8-98b erfüllen. Damit sind im G-DRG-System Version 2009 sowohl der OPS-Kode 8-981 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* als auch der OPS-Kode 8-98b *Anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* gruppierungsrelevant – allerdings mit überwiegend unterschiedlicher Bewertung.

Weitere Umbauten im Themenkomplex Schlaganfall

Bei der Überprüfung der bisherigen Differenzierungen innerhalb der Schlaganfall-DRGs wurde eine Splitänderung bei den DRGs B69A *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* und B69B *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC* notwendig. Es zeigte sich, dass einerseits die Fälle mit der Prozedur *Neurologische Komplexbehandlung [...]: Mehr als 72 Stunden* (OPS-Kode 8-981.1) in der DRG B69B höhere Kosten und andererseits Fälle mit der Prozedur *Neurologische Komplexbehandlung [...]: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* (OPS-Kode 8-981.0) in der DRG B69A niedrigere Kosten aufwiesen. Deshalb wurden Fälle mit einer neurologischen Komplexbehandlung, mehr als 72 Stunden, unabhängig vom PCCL in der DRG B69A zusammengefasst, während Fälle mit neurologischer Komplexbehandlung, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC in der DRG B69B abgebildet werden. Dieser Umbau führt zu einer sachgerechteren Bewertung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls abhängig von der Dauer bzw. dem PCCL.

Ein weiterer Beitrag zur Erhöhung der Transparenz im G-DRG-System konnte durch die Entkondensation der DRGs B69C *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse [...] oder Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion* und B70F *Apoplexie [...] oder Delirium mit äußerst schweren CC* geleistet werden. Somit werden ab 2009 in der Basis-DRG B69 ausschließlich Fälle mit TIA bzw. extrakraniellem Gefäßverschluss abgebildet und in der Basis-DRG B70 ausschließlich Fälle mit Apoplexie. Daneben existiert einerseits wieder eine separate DRG B63Z *Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion* und andererseits eine DRG B64Z *Delirium*, in der alle Fälle mit entsprechender Hauptdiagnose zusammengefasst werden.

Mit der Aufnahme interventioneller Eingriffe am Herzen (OPS-Kode 8-837) als gruppierungsrelevante Prozeduren in die DRG B12Z *Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen* wurde die spezifische Abbildung von Fällen mit entsprechender Prozedur – das sind hauptsächlich Fälle mit einer Hauptdiagnose Schlaganfall – in der MDC 01 erreicht. Zuvor wurden diese Fälle vor allem der Fehler- und sonstigen DRG 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 zugeordnet.

Im operativen Bereich wurden darüber hinaus Fälle mit Stentimplantation aufgewertet. Die Prozeduren *Einlegen eines/mehrerer selbstexpandierender Mikrosten*tents, *intrakraniell* (OPS-Kodes 8-83c.20 und 8-83c.30) führen im G-DRG-System Version 2009 in die DRG B02D *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie < 9 Bestrahlungen, komplizierender Konst., bestimmtem Eingriff, bei Neubildung oder mit großem intrakran. Ingr., Alter > 17 Jahre od. Alter > 5 J. u. < 18 J., ohne äußerst schwere CC*. Dadurch werden Fälle aus der Basis-DRG B20 sowie der DRG B02E aufgewertet. Auch die intrakranielle Implantation der anderen Stentarten (aus dem Codebereich 8-836 *Perkutan-transluminale Gefäßintervention* gemäß OPS Version 2007 bzw. 8-84 *Perkutan-transluminale Stentimplantation* gemäß OPS Version 2009) wurde durch Aufnahme in die DRG B02D aufgewertet.

Fazit/Perspektive

Für die Abbildung von Fällen mit Schlaganfall und Langzeitbeatmung bzw. intensivmedizinischer Komplexbehandlung gilt, dass mit der Rückführung aus der MDC 01 in die Prä-MDC eine umfassende Änderung der G-DRG-Klassifikation erfolgt ist. Mit diesem Schritt konnten fortbestehende Probleme bei der Gruppierung spezieller Fallkonstellationen in der MDC 01 gelöst werden. Ebenso führt dieser Umbau zu einer wesentlichen Erhöhung der Transparenz und Übersichtlichkeit der Abbildung des Themenkomplexes Schlaganfall im G-DRG-System. Vor dem Hintergrund der Schwierigkeit der letzten Jahre, langzeitbeatmete Fälle der Prä-MDC zuzuordnen, bedarf der diesjährige Umbau in den folgenden Jahren jedoch einer Überprüfung.

Die erstmaligen Umbauten auf Basis des OPS-Kodes 8-98b *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* stehen auch in den kommenden Jahren für erneute Analysen an. Es ist zu erwarten, dass die Kodierung in diesem Bereich an Spezifität und Umfang gewinnen wird. Darüber hinaus machen weitere Änderungen der Kodedefinition im OPS Version 2009 – auch beim OPS-Kode 8-981 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* – die stete Überprüfung der Klassifikation notwendig. Wie bereits im letzten Jahr angekündigt, sind weiterhin Kostenveränderungen allein auf Basis der sich ändernden Kodierung zu erwarten.

3.3.2.25 Schmerztherapie

Seit 2005 ist die *Multimodale Schmerztherapie* im G-DRG-System abgebildet. Die entsprechenden DRG-Fallpauschalen bestehen in ihrer Definition für 2009 unverändert fort:

B47Z *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*

I42Z *Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*

U42Z *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen*

Z44Z *Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens*

Die DRG U42Z ist weiterhin eine unbewertete DRG der Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs, für die anderen drei DRGs konnte wie zuvor ein Relativgewicht kalkuliert wer-

den. Im Strukturierten Dialog der Vorjahre war mehrfach angeregt worden, auch die Leistung *Komplexe Akutschmerztherapie* im DRG-System zu berücksichtigen, was aufgrund der wenig trennscharfen Definition der entsprechenden OPS-Kodes (z.B. keine Untergrenze der Behandlungsdauer) nicht gelang. Für 2009 konnten jedoch in OPS und ICD neue, für die Schmerztherapie relevante Codes etabliert werden, sodass sich die Voraussetzungen für eine zukünftige detaillierte Analyse schmerztherapeutischer Leistungen sicherlich verbessern werden. Zu nennen sind u.a. die Ausdifferenzierung des ICD-Kodes F45.4 *Anhaltende somatoforme Schmerzstörung* mit Schaffung des neuen Schlüssels F45.41 *Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren*, die neuen Codes für die *Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie* (8-91c) sowie die Präzisierung der Codes aus 8-918 *Multimodale Schmerztherapie* anhand der durchgeführten Therapieeinheiten.

Im Vorschlagsverfahren als problematisch beschrieben wurde die Vereinbarung des Zusatzentgelts für die *Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems*. Die Erbringung dieses Zusatzentgelts ist prinzipiell bei einer Vielzahl von DRGs möglich, die sich in ihrem Inhalt erheblich unterscheiden können. Angeregt wurde daher, dieses Zusatzentgelt anhand des Kriteriums „mit Schmerztherapie“ zu splitten. Für eine Umsetzung dieses Vorschlags ergab sich nach Analyse jedoch kein Anhalt.

Der dargestellten Unsicherheit bei der Verhandlung dieses Zusatzentgelts konnte jedoch mit der Aufnahme eines Kalkulationshinweises in den Fallpauschalenkatalog 2009 begegnet werden. Wie bei der krankenhausindividuellen Bewertung des Zusatzentgelts ZE2009-41 vorzugehen ist, ist in den „Hinweisen [des InEK] zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für das Jahr 2009“ erläutert, wobei auch die gleichzeitige Erbringung von Schmerztherapie und Multimodal-nichtoperativer Komplexbehandlung des Bewegungssystems berücksichtigt wird.

3.3.2.26 Tuberkulose

Bereits im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Jahre 2007 und 2008 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 anderer MDCs, die eine OR-Prozedur aufweisen.

Ergänzend wurde im G-DRG-System 2009 die Abfrageposition der DRG E76A in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* verändert. Diese wird nun innerhalb der chirurgischen Partition abgefragt, um eine Mindervergütung bei Mehrleistung zu vermeiden. Geringfügige operative Eingriffe führen jetzt nicht mehr zu einer Eingruppierung in niedrig bewertete DRG-Fallgruppen der operativen Partition, da die DRG E76A jetzt vor diesen abgefragt wird.

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

3.3.2.27 Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie

Unfallchirurgie/Orthopädie

Erneut erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zahlreiche Vorschläge zur Anpassung der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*. Ziel der Vorschläge war insbesondere – analog zu den Vorjahren – die sachgerechtere Abbildung von Fällen mit Mehrfacheingriffen, Eingriffen an der Wirbelsäule und Extremitäten. Darüber hinaus wurde in diesem Jahr die sachgerechte Abbildung von bestimmten Fällen aus einzelnen anderen Bereichen (beispielsweise Fälle mit einer Halotraktion) verstärkt thematisiert.

Im Folgenden werden exemplarisch Anpassungen zu diesen Themengebieten stellvertretend für den gesamten Umbau innerhalb der MDC 08 im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 beschrieben.

Aus dem Vorschlagsverfahren erreichte uns ein Vorschlag mit dem Ziel, Fälle mit Tumoren der Beckenregion in Kombination mit bestimmten resezierenden und rekonstruierenden Eingriffen am Becken zu untersuchen und sachgerecht abzubilden. Auf der Grundlage der in dem Vorschlag benannten Leistungsbezeichner (Bösartige Neubildung des knöchernen Beckens in Kombination mit einem resezierenden Eingriff am Becken) konnten einige teure Fälle innerhalb der MDC 08 identifiziert werden.

Ein weiterer Vorschlag zielte auf die sachgerechte Abbildung bestimmter Fälle mit Mehrfacheingriffen. Dabei sollten speziell Fälle mit Mehretageeingriffen der unteren Extremität berücksichtigt werden, die an mehr als zwei Etagen operiert wurden. Als einzelne Etage wurde dabei jeweils ein Eingriff im Bereich des Beckens, des Oberschenkels, des Unterschenkels oder des Fußes gewertet. Ein beidseitiger Eingriff wurde wie zwei Etagen gewertet.

Durch die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens benannten Kodelisten, in Kombination mit eigenen, umfangreichen Analysen, zum Teil mit geänderten Kodelisten, gelang die Detektion einer geringen Anzahl teurer Fälle innerhalb der MDC 08. Der überwiegende Anteil dieser Fälle betraf Kinder und Jugendliche mit spastischen Zerebralpareesen sowie angeborenen, zum Teil aber auch erworbenen Deformitäten der Extremitäten.

Durch die kombinierte Abbildung der beschriebenen Fallgruppen konnte eine ausreichende Zahl teurer Fälle detektiert und in der neuen DRG I37Z *Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität* (RG 6,466) abgebildet werden. Im Ergebnis wurden somit insgesamt 55 Kalkulationsfälle aus 13 DRGs (I02C, I02D, I07A, I07B, I08A, I08B, I08C, I08D, I08E, I08F, I09A, I39Z, I95Z – RG 1,793 bis 5,816) verschoben und aufgewertet.

Im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie konnte – neben anderen Klassifikationsänderungen – die Abbildung von kombinierten Spondylodesen im Sinne einer Aufwertung vervollständigt werden. Dafür wurden mehrere (Basis-) DRGs um solche kombinierten Spondylodesen erweitert, die mittels separater Prozedurenkodes für ventrale (OPS-Kode 5-836.5-) und dorsale Spondylodesen (OPS-Kode 5-836.3-) verschlüsselt sind.

Im Sinne einer Gleichbehandlung mit Fällen mit Kombinationseingriff (OPS-Kode 5-836.4-) wurden die Basis-DRGs I06 *Verschiedenartige komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals* und I19 *Komplexe Wirbelkörperperfusion oder Wirbelkörperaufrichtung ohne äußerst schwere CC* sowie die DRGs I06A und I06C – entsprechend der Anzahl der Segmente – erweitert. So werden ab 2009 einerseits die Kombination von bis zu zwei ventralen bzw. dorsalen Spondylodesen und mindestens zwei bis höchstens fünf Spondylodesen mit dem jeweils anderen Zugangsweg dem Kombinationskode 5-836.42 *Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 3–5 Segmente*

gleichgestellt. Andererseits wird die Kombination von ventralen und dorsalen Spondylothesen, welche mindestens eine Spondylodese über mehr als fünf Segmente aufweisen muss, wie eine *Spondylodese: Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal: 6 oder mehr Segmente* (OPS-Kode 5-836.43) behandelt. Durch diese differenzierte Klassifikationsänderung wurden Fälle aus den DRGs I09A bis I09D innerhalb der Basis-DRGs I06 und I19 aufgewertet.

Im Rahmen der Untersuchung von Fällen mit dem Leistungsbezeichner 8-410.0 *Extension an der Schädelkalotte: Halotraktion*, erwies sich dieser als ein belastbares Kriterium, um durch Aufnahme dieses Codes in die Basis-DRG I53 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion* die so detektierten Fälle in der operativen Partition abzubilden und aufzuwerten.

Abdominalchirurgie

Im Bereich der Abdominalchirurgie wurde wie auch im Vorjahr eine Analyse hochteurer Fälle in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* durchgeführt. Daraufhin entstanden die DRGs G38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und G37Z *Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*. Analog zur DRG G38Z wurde in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* die DRG H38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* etabliert. Detailliertere Informationen zum Themenkomplex der Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ finden sich in Kapitel 3.3.2.15 und zum Themenkomplex „Multiviszeraleingriffe“ in Kapitel 3.3.2.17.

Eine weitere Änderung des G-DRG-Systems in der MDC 06 betrifft die Abbildung von Fällen mit der Implantation eines künstlichen Analsphinkters. Diese Leistung wurde bisher der Basis-DRG G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter* zugeordnet und war aufgrund der nicht sachgerechten Abbildung in dieser DRG für das Jahr 2008 mit NUB-Status 1 beurteilt worden. Ab dem G-DRG-System 2009 werden Fälle mit der Implantation eines künstlichen Analsphinkters in der DRG G17Z *Andere Rektumresektion* abgebildet, was ein weiteres Beispiel für die rasche Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System darstellt.

Bereits seit einigen Jahren erreichen uns Vorschläge zum Split der unbewerteten DRG K04Z *Große Eingriffe bei Adipositas* anhand der verschiedensten Kriterien, die auf eine nachfolgende Bewertbarkeit der beiden oder einer der entstandenen DRGs abzielen. In diesem Jahr war es erstmals möglich, die DRG K04Z anhand komplexer Eingriffe zu splitten, sodass in der DRG K04B *Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff* die Fallgruppe mit Implantation oder Wechsel eines Magenbandes abgebildet wird. Dadurch war eine Bewertung der neu entstandenen DRG K04B möglich. Die ebenfalls neu entstandene DRG K04A *Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff* konnte weiterhin nicht bewertet werden. Die Kriterien für die Bewertung von DRGs sind in Kapitel 3.4.1.2 erläutert.

3.3.2.28 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 Altersplits für Kinder untersucht. Unter Berücksichtigung der Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren führte dies zu 18 neuen „Kindersplits“ für 2009, was einer Gesamtzahl von 184 für die G-DRG-Version 2009 entspricht. Davon können 100 DRGs als „reine Kindersplits“ be-

zeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 84 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren den Schweregrad erhöhenden Attributen wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren.

Für intensivmedizinisch versorgte Kinder konnte bisher der OPS-Kode *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* (OPS 8-980) lediglich ab 14 Jahren angegeben werden. Da für die Abbildung kinderintensivmedizinischer Fälle unter 14 Jahren eine Abbildungslücke vorgetragen worden war, wurden in den OPS Version 2008 unter dem Codebereich 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* nach Behandlungsdauer differenzierte Codes zur Abbildung von intensivmedizinisch versorgten Kindern neu aufgenommen. Diese wurden in diesem Jahr im Rahmen einer ergänzenden Datenbereitstellung bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragt und konnten damit bereits für das G-DRG-System 2009 untersucht werden. Dies hatte eine Aufwertung von Fällen mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter von mehr als 72 Stunden innerhalb der Basis-DRG E40 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden oder ARDS* in die DRG E40A *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden oder Alter < 16 Jahre, mit ARDS oder äußerst schweren CC* zur Folge. Außerdem wurden diese Fälle innerhalb der Basis-DRG E77 *Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* in die DRG E77A *Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit angebor. Fehlbildungssyndrom od. m. kompl. Diagnose od. äußerst schw. CC od. b. Z.n. Organtransplant., m. Komplexbeh. b. multiresist. Erregern od. intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std.* aufgewertet, soweit sie die bisherige Definition der DRGs E77B bzw. E77C erfüllt haben. Für den Bereich der Intensivmedizin hervorzuheben sind ebenso die in den Basis-DRGs A11 *Beatmung > 249 und < 500 Stunden* und A13 *Beatmung > 95 und < 250 Stunden* neu geschaffenen Höhergruppierungen für Kinder mit einem Alter von < 16 Jahren. Weiterführende Informationen dazu finden sich auch im Kapitel 3.3.2.14.

Weiterhin wurden in den OPS Version 2009 unter den Codebereichen 1-942 *Komplexe neuropädiatrische Diagnostik*, 1-943 *Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen* und 1-944 *Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen* verschiedene neue Prozeduren für komplexe diagnostische Verfahren aufgenommen, die zukünftig eine detaillierte Analyse von Kindern mit Erkrankungen aus den genannten Bereichen hinsichtlich ihrer Abbildung im G-DRG-System zulassen.

Im Bereich der operativen Versorgung von Kindern lag besonderes Augenmerk auf Eingriffen am Muskel-Skelett-System, zu denen uns Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren für 2009 vorlagen, die u.a. die Abbildung von beidseitigen oder Mehretageeingriffen bei komplexen Deformitäten der unteren Extremität bei Kindern betrafen. Aus den umfangreichen Analysen zu dieser Thematik resultierte die Etablierung der neuen DRG I37Z *Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität*. Weitere Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.27.

Eigene Analysen wurden zur Abbildung von Kindern < 16 Jahre mit einer Funktionsstörung der Granulozyten in MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* durchgeführt. Die jeweiligen Fälle wurden gemäß G-DRG-Version 2008 in Abhängigkeit vom Alter der DRG Q60B bzw. C *Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, Alter < 1 Jahr bzw. [...] oder Alter > 15 Jahre* zugeordnet. Ab 2009 erfolgt eine Aufwertung in die DRG Q60A *Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit*

komplexer Diagnose oder CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre.

Fortgeführt wurde auch in diesem Jahr wieder die Untersuchung der Abbildung von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen. Die für diesen Bereich durchgeführten Berechnungen haben im Ergebnis umfangreiche Auswirkungen auf die CCL-Matrix. Hier konnten zahlreiche Diagnosen aus Kapitel XVII der ICD-10-GM *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien* aufgewertet bzw. in die CCL-Matrix aufgenommen werden. Dies führt zukünftig zur Aufwertung von Kindern mit angeborenen Fehlbildungen in den anhand des PCCL definierten DRGs. Detaillierte Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.1.5.

Bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2009 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich detaillierte Ausführungen in den Kapiteln 3.3.2.20 zum Themenbereich Onkologie sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 zum Themenbereich Zusatzentgelte. Als neu geschaffenes Zusatzentgelt, das für den Bereich der Pädiatrie von Bedeutung ist, wäre an dieser Stelle das ausschließlich für Kinder etablierte ZE98 *Gabe von Palivizumab, parenteral* zu nennen, welches bewertet werden konnte.

MDC 15 Neugeborene

Wie in den vergangenen Jahren erreichten uns über das Vorschlagsverfahren erneut Vorschläge zur Aufnahme von Diagnosen in die Funktionen „Schweres Problem“ bzw. „Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen“. Die diesbezüglich durchgeführten Analysen führten allerdings nicht zu einem umsetzbaren Ergebnis.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen* auf eine weitere mögliche Differenzierung anhand der Dauer der Beatmung untersucht. Umgesetzt werden konnte ein Split der DRG P02A *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen mit Beatmung > 143 Stunden* anhand einer Beatmungsdauer von > 480 Stunden.

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 wurde – analog zu den übrigen MDCs – erstmalig eine Sortierung der Abfragereihenfolge der DRGs der MDC 15 durchgeführt. Detaillierte Hinweise dazu enthält Kapitel 3.3.5.2.

3.3.3 Bewertung von bisher unbewerteten Leistungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 wurde eine generelle Überprüfung von Leistungen, für die bisher krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden mussten, auf eine mögliche bundesweit einheitliche Pauschalierung hin vorgenommen. Daraus resultierte u.a. die Rückführung der folgenden DRGs/Leistungen aus Anlage 3a (Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete vollstationäre Leistungen):

- Implantation oder Wechsel eines Magenbandes in DRG K04B *Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff*. Weitere Informationen hierzu enthält Kapitel 3.3.2.27
- I97Z *Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*

- A61Z *Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen*
- A62Z *Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation*

Die Nicht-Bewertung von DRG-Fallgruppen kann neben der Inhomogenität des Leistungsbereichs auch andere Gründe haben wie beispielsweise bei der bisher unbewerteten DRG I97Z. Die Leistungen der rheumatologischen Komplexbehandlung waren primär nicht beschreibbar. Erst seit der Einführung entsprechender Leistungsbezeichner in den OPS Version 2005 (8-983 *Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung*) bzw. in den OPS Version 2006 (8-986 *Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung*) sind diese Leistungen in der Prozedurenklassifikation definiert. Eine Erfassung entsprechender Fälle war daher erst ab 2005/2006 möglich. Bei nun ausreichender Datengrundlage in den Kalkulationsdaten konnte die DRG I97Z in diesem Jahr erstmals bewertet werden. Zudem handelte es sich bei der DRG I97Z um die DRG mit der zweithöchsten Fallzahl aller unbewerteten DRGs mit einem hohen Homogenitätskoeffizienten (> 80%), für die typischerweise bereits pauschalierte Vergütungen vereinbart worden waren. Einrichtungen für Kinder- und Jugendrheumatologie sind auch weiterhin über den Status „Besondere Einrichtung“ abgesichert. Um die Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ zu vermeiden, erfolgte eine Sortierung der DRG in die operative Partition der MDC 08.

Im Bereich der bisher unbewerteten Zusatzentgelte konnten die folgenden Verfahren für 2009 in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2009 überführt werden:

- ZE99 *Distractionsmarknagel, nicht motorisiert*
- ZE101 *Medikamente-freisetzende Koronarstents*
- ZE102 *Vagusnervstimulationssysteme*
- ZE103 *Hämofiltration, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH)*
- ZE104 *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)*

In den künftigen Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems wird weiter versucht werden, zusätzliche DRG-Fallgruppen bzw. Zusatzentgelte zu bewerten. Dadurch würde die Notwendigkeit für eine Vereinbarung vor Ort entfallen bzw. reduziert werden.

3.3.4 Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System

Bereits in den Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems der vergangenen Jahre wurde eine Vielzahl von Leistungen, die im NUB-Verfahren 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 Bauchortenaneurysmen, Pumpless Extracorporal Lung Assist (PECLA) und die dynamische Stabilisierung mit elastischem interspinösen Implantat bzw. interspinöse Implantate sowie die Mikroaxial-Blutpumpe aus dem Bereich der Verfahren genannt, die seit dem G-DRG-System 2007 bzw. 2008 als unbewertetes Zusatzentgelt in das G-DRG-System integriert sind. Gleiches gilt für einige Medikamente wie beispielsweise Cetuximab, Bevacizumab, Pegfilgrastim und Posaconazol, die als bewertetes Zusatzentgelt integriert werden konnten. Insgesamt gelang für über 29 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 2009 wurde die Integration von NUB-Leistungen fortgeführt, indem sechs weitere Leistungen, die die NUB-Kriterien erfüllten, nun als Zusatzentgelte abgebildet sind (Tab. 16).

NUB-Verfahren	Status 2008	ZE2009	Text Zusatzentgelt
Palifermin	1	ZE95	Gabe von Palifermin, parenteral
Carmustin-Implantat, intrathekal	1	ZE96	Gabe von Carmustin-Implantaten, intrathekal
Natalizumab	1	ZE97	Gabe von Natalizumab, parenteral
Endobronchialventil	1	ZE100	Implantation eines endobronchialen Klappensystems
Radioimmuntherapie mit Yttrium (90Y)-markiertem Ibritumomab-Tiuxetan	1	ZE2009-70	Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral
Radiorezeptortherapie mit radio-nuklidmarkierten Somatostatin-analoga	1	ZE2009-71	Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga

Tabelle 16: Leistungen mit NUB-Status 1, ab G-DRG-Version 2009 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 Natalizumab, ein Medikament zur Behandlung der Multiplen Sklerose. Die Anerkennung von Natalizumab als NUB mit Status 1 wurde erstmals im Jahr 2007 im Rahmen des NUB-Verfahrens durch 149 Krankenhäuser angefragt. Die Leistung erfüllte nach Prüfung der entsprechenden Anfragen die Kriterien der NUB-Vereinbarung für das Jahr 2007. Um die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen, erfolgte eine ergänzende Datenbereitstellung 2007 (Datenjahr 2006) durch die Kalkulationskrankenhäuser. Da weniger als zehn Fälle mit dieser Leistung ergänzend übermittelt wurden, war für das G-DRG-System 2008 die Etablierung eines Zusatzentgelts für Natalizumab noch nicht möglich. Nach einer Bestätigung der Beurteilung als Status 1 im NUB-Verfahren des Jahres 2008 wurde in der ergänzenden Datenbereitstellung 2008 (Datenjahr 2007) eine ausreichende Menge an plausiblen Fällen geliefert, um die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen. Somit wurde die Leistung „Gabe von Natalizumab“ innerhalb von zwei Jahren erfolgreich in das G-DRG-System integriert. Dies veranschaulicht Abbildung 13. Eine erneute Anfrage im Rahmen des NUB-Verfahrens 2009 würde demnach zu dem Ergebnis führen, dass Natalizumab die Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht mehr erfüllt, da es mittlerweile mittels Zusatzentgelt sachgerecht vergütet ist.

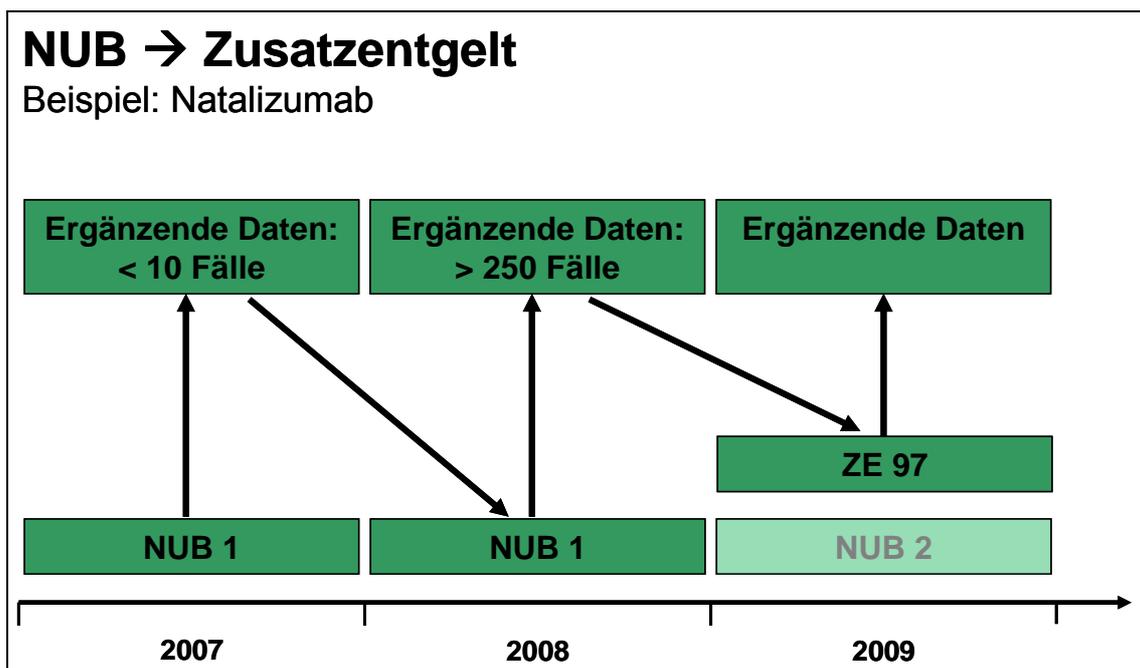


Abbildung 13: Integration der NUB-Leistung Gabe von Natalizumab als Zusatzentgelt in das G-DRG-System 2009

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten gelang es auch bei fünf Leistungen, diese durch Erweiterung der Definitionen in Fallgruppen aufzunehmen. Beispielsweise konnte die Kiefergelenkendoprothese in der DRG D15A *Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese*, also innerhalb des G-DRG-Klassifikationssystems, sachgerecht abgebildet werden. Weitere integrierte Leistungen sind:

- Intrakranielle Mikrostenosen: Kodeaufnahme in die Basis-DRG B02 bzw. DRG B02C *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff, mit äußerst schweren CC, außer bei Neubildung*
- Koronare Bifurkationsstents: Kodeaufnahme in die Basis-DRG F24 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre* bzw. F56 *Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention*
- Implantation, Revision eines myokardmodulierenden Systems: Kodeaufnahme in die DRG F01A *Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems*
- Implantation eines künstlichen Analsphinkters: Kodeaufnahme in die DRG G17Z *Andere Rektumresektion*

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 z.B. bei der *Implantation eines Endobronchialventils* (siehe Kap. 3.3.2.11) auch ohne eine ergänzende Datenbereitstellung möglich, doch das Vorliegen eines spezifi-

schen Codes 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 Vorhofverschluss 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 des *Knochentotalersatzes am Femur* in die Basis-DRG I95 (G-DRG-Version 2009, siehe auch Kapitel 3.3.6)
- Zusatzentgelt für die *Gabe von Hämin* (ab G-DRG-Version 2009)

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 medizinischer Innovationen in das deutsche DRG-System und trägt damit dem Wunsch nach einem innovationsfreundlichen System Rechnung.

3.3.5 Formale Änderungen

3.3.5.1 Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit

Eines der Hauptziele bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 war erneut 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 2009 erneut folgende Maßnahmen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit:

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

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 2009 wurde – auch angeregt durch Vorschläge im Rahmen des Strukturierten Dialogs – für 14 DRGs 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 B69C *TIA und extrakran. Gefäßverschlüsse [...] oder Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion* (G-DRG-System 2008) in zwei Fallgruppen, DRG B69C *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* und DRG B63Z *Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion* aufgeteilt.

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

Die folgende Tabelle 17 führt die umgesetzten Entkondensationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 auf.

G-DRG-System 2008	G-DRG-System 2009
<p>B69C <i>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</i></p>	<p>B69C <i>Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls</i></p> <p>B63Z <i>Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion</i></p>
<p>B70F <i>Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als ein Belegungstag oder Delirium mit äußerst schweren CC</i></p>	<p>B70F <i>Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als ein Belegungstag</i></p> <p>B64Z <i>Delirium</i></p>
<p>F07Z <i>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</i></p>	<p>F07Z <i>Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation</i></p> <p>F03D <i>Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifacheingriff, ohne komplexen Eingriff bei angeborenem Herzfehler oder Zweifacheingriff, Alter < 16 Jahre</i></p>
<p>F24B <i>Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem mit komplexem Eingriff oder perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre</i></p>	<p>F12B <i>Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem mit komplexem Eingriff</i></p> <p>F24A <i>Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC</i></p>
<p>F24A <i>Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem oder perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter < 16 Jahre</i></p>	<p>F12D <i>Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre</i></p> <p>F15Z <i>Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis</i></p>

G-DRG-System 2008	G-DRG-System 2009
F24C Impl. Herzschrittm., 2-Kammer-Syst. ohne kompl. Eingr. oder PTCA mit kompl. Diagn. und hochkompl. Intervent. od. mit PTA, ohne äußerst schw. CC, Alter > 15 J. oder Revision Herzschrittm. od. Kardioverter/Defibr. (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 J.	F12G Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC F24B Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC F18A Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff F18B Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F60A Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC oder schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC	F60A Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC F70A Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F67B Hypertonie mit schweren CC oder schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC	F67B Hypertonie mit schweren CC F70B Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen, Koronararteriosklerose und instabile Angina pectoris, mit äußerst schweren CC	F71A Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC F66A Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC F72A Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B Instabile Angina pectoris oder nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen, ohne äußerst schwere oder schwere CC	F72C Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC F71C Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F73Z Synkope und Kollaps oder Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	F73Z Synkope und Kollaps F69B Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F75D Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC	F75D Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre F65B Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC

Tabelle 17: Entkondensationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009

Diese Entkondensationen waren teilweise Voraussetzung für die Umbenennung von Basis-DRGs, welche im nächsten Abschnitt beschrieben werden.

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. Bereits letztes Jahr wurden beispielhaft zwei Umbenennungen vollzogen (Strahlentherapie in MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* und Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie in MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*). In diesem Jahr wurden umfangreiche Umsetzungen in der MDC 05, aber auch exemplarische Umsetzungen in anderen MDCs (01, 02, 03, 20) durchgeführt. Ziel der Umbenennungen war es, dass themenverwandte DRGs nun wieder eine gemeinsame Basis-DRG haben. Abbildung 14 zeigt die Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 05.

Umbenennung von Basis-DRGs		
MDC 05		
Implantation eines Herzschrittmachers	F24A, B, C, F25A, B, F12Z, F40Z	⇒ F12A - H
Wechsel eines Herzschrittmachers	F17Z, F26Z	⇒ F17A, B
Aggregatwechs. eines Kardiovert./Defi. (AICD)	F02Z, F10Z	⇒ F02A, B
Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine	F03Z, F04Z, F11A, B, F07Z, F22Z	⇒ F03A - F
Koron. Bypass-OP oh. invas. kardiol. Diagn.	F06Z, F32Z	⇒ F06A, B
And. kardioth. Eingr. oh. Herz-Lungen-Maschine	F09Z, F35A, F35B	⇒ F09A, B, C
Schwere Arrhythmie und Herzstillstand	F60A, F67B	⇒ F70A, B
Herzklappenerkrankungen	F69Z, F73Z	⇒ F69A, B
Periphere Gefäßkrankheiten	F65Z, F75D	⇒ F65A, B
Nicht schw. kard. Arrhythm. u. Erreg.leitungsst.	F71A, F71B, F72B	⇒ F71A, B, C
Instab. Angina Pectoris	F71A, F72A, F72B	⇒ F72A, B, C
Koronararteriosklerose	F71A, F66Z	⇒ F66A, B

Abbildung 14: Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 05

Die folgenden Tabellen 18 und 19 stellen beispielhaft bei Herzschrittmachern in MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* bzw. anderen Eingriffen bei Glaukom in MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* Umbenennungen für das Jahr 2009 dar:

G-DRG-System 2008	G-DRG-System 2009
F25A Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA	F12A Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA
F24B Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem mit komplexem Eingriff	F12B Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem mit komplexem Eingriff
F25B Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablative Maßnahmen, ohne PTCA	F12C Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablative Maßnahmen, ohne PTCA
F24A Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre	F12D Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff , Alter < 16 Jahre
F40Z Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, mit äußerst schweren CC	F12E Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem ohne komplexen Eingriff , Alter > 15 Jahre , mit äußerst schweren CC
F12Z Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem	F12F Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei Implantation eines Ereignisrekorders
F24C Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem ohne komplexen Eingriff	F12G Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre , ohne äußerst schwere CC
F12Z Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem	F12H Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei Implantation eines Ereignisrekorders

Tabelle 18: Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 05

G-DRG-System 2008	G-DRG-System 2009
C07Z Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extradaktion der Linse (ECCE)	C07A Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extradaktion der Linse (ECCE)
C19Z Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE)	C07B Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradaktion der Linse (ECCE)

Tabelle 19: Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 02

In der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* sind beispielsweise nun alle DRGs der MDC 05 zusammengefasst, die das Attribut „Herzschrittmacher“ in ihrer Logik aufweisen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Fälle mit einem Herzschrittmacher aufgrund der Sortierung nicht auch in andere DRGs eingruppiert werden.

Diese Umbenennungen von themenverwandten DRGs tragen zur Erhöhung der Transparenz des G-DRG-Systems bei.

Text- bzw. Logikvereinfachung

Die Zuordnung von Fällen zu DRGs hat mit zunehmender Ausdifferenzierung des G-DRG-Systems zu logischen Ausdrücken geführt, die durch die Anzahl der „und“- bzw. „oder“-Verknüpfungen, sowie logischer Verschachtelungen sehr komplex geworden sind. Es wurde daher notwendig, eine transparentere Darstellungsvariante zu entwickeln. Die transparentere Darstellung der einzelnen Fallgruppen einer DRG in Form einer Listen- und einer Tabellendarstellung in den Definitionshandbüchern ab G-DRG-Version 2007/2009 ist eine der augenfälligsten Änderungen des G-DRG-Systems für das Jahr 2009.

Wesentliches Merkmal ist einerseits die „Entschachtelung“ der komplexen Terme durch Ausmultiplikation der einzelnen Logiken mit anschließender Optimierung redundanter Logikanteile sowie die Darstellung der so entstandenen Terme in tabellarischer Form. Dabei sind die untereinanderstehenden Elemente (Zeilen) stets mit einem „oder“ verknüpft, nebeneinanderstehende Elemente (Spalten) sind mit einem „und“ verknüpft.

Darüber hinaus werden anstatt der bisher inhaltlich nichts sagenden Tabellenbezeichnungen (z.B. TAB-E77-1) jetzt sprechende Tabellennamen (z.B. „Andere Infektionen, Entzündungen der Atmungsorgane“) benutzt, die einen groben Rückschluss auf den Inhalt der entsprechenden Tabelle zulassen.

DRG E77A	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit angeborenen Fehlbildungssyndrom od. m. kompl. Diagnose od. äußerst schw. CC od. b. Z.n. Organtransplant., m. Komplexbeh. b. multiresist. Erregern od. intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptdiagnose aus Andere Infektionen, Entzündungen der Atmungsorgane (TAB-E77-1) <ul style="list-style-type: none"> ○ Nebendiagnose aus Angeborenes Fehlbildungssyndrom (TAB-E77-2) ○ Prozedur aus Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (ab 7 Tagen) (TAB-E77-6) <ul style="list-style-type: none"> • PCCL > 3 • Hauptdiagnose aus Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane (TAB-E77-3) • Nebendiagnose aus Zustand nach Transplantation (TAB-E77-4) ○ Prozedur aus Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 72 h (TAB-E77-7) <ul style="list-style-type: none"> • PCCL > 3 • Hauptdiagnose aus Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane (TAB-E77-3) • Nebendiagnose aus Zustand nach Transplantation (TAB-E77-4) 	
Andere Infektionen, Entzündungen der Atmungsorgane	Angeborenes Fehlbildungssyndrom	PCCL > 3
	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern (ab 7 Tagen)	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane
		Zustand nach Transplantation
	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 72 h	PCCL > 3
		Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane
		Zustand nach Transplantation

Abbildung 15: Darstellung der DRG E77A

Für das gewählte Beispiel der DRG E77A (siehe Abb. 15) bedeutet dies, dass diese DRG beispielsweise von Fällen erreicht werden kann, die sowohl eine Hauptdiagnose aus der Tabelle „Andere Infektionen, Entzündungen der Atmungsorgane“ als auch eine Nebendiagnose aus der Tabelle „Angeborenes Fehlbildungssyndrom“ haben.

Weiterhin ist auf den ersten Blick ersichtlich, dass jeder Fall dieser DRG eine Hauptdiagnose aus der Tabelle „Andere Infektionen, Entzündungen der Atmungsorgane“ haben muss.

Neben der Tabellendarstellung wurde eine analog aufgebaute Listendarstellung etabliert. Während die Tabellendarstellung in den meisten Fällen die übersichtlichere Variante darstellt, im Einzelfall aber deutlich mehr Platz benötigt, enthält die Listendarstellung ausführlichere Informationen (beispielsweise Informationen über Hauptdiagnose versus Nebendiagnose sowie die herkömmlichen Tabellenbezeichnungen (TAB-E77-1)).

Um dem Anwender, je nach Anwendungszweck, die Vorteile beider Darstellungsvarianten zur Verfügung zu stellen, wurden zunächst beide Varianten zu jeder Logik abgedruckt.

Eine ausführliche Erläuterung der neuen Darstellung ist in der Einleitung der G-DRG-Definitionshandbücher ab Version 2009 zu finden.

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 Fallpauschalen-Katalog vorgegebenen Textlängen einhalten zu können. In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008 wurde bereits mit dieser neuen Art der Namensgebung begonnen, die für das G-DRG-System 2009 fortgesetzt wird.

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

Kommentierung der Migrationstabelle

Wie in jedem Jahr wurde eine Migrationstabelle auf der Internetseite des InEK veröffentlicht. Die Migrationstabelle beschreibt die Fallwanderungen zwischen den Entgeltkatalogen 2008 und 2009 und wurde mit den Daten aus der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG (Datenjahr 2007) erstellt. Sie stellt damit nicht alle theoretisch denkbaren Konstellationen von Fallwanderungen, sondern nur die tatsächlich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG vorhandenen Fallwanderungen dar.

Wie im Vorjahr 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 2009. 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 2009 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 2009 zugeordnet. Eine Migration kann durch mehrere als gleichrangig anzusehende Umbauten bedingt sein, deren Darstellung nebeneinander aus Gründen der Übersichtlichkeit in maximal drei Spalten er-

folgt. 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 (2008 und 2009 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).
- 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 rangfolgebedingte Fallverschiebungen“.

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 2009 unterscheiden können, wurden zusätzlich im Tabellenblatt „Migration V2008 nach V2009“ die Spalten F („DRG V2009 vorher“) und G („Basis-DRG V2009 vorher“) bzw. im Tabellenblatt „Migration V2009 nach V2008“ die Spalten A („DRG V2009 vorher“) und B („Basis-DRG V2009 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 V2009“) und I („Basis-DRG V2009“) im Tabellenblatt „Migration V2008 nach V2009“ bzw. in den Spalten C („DRG V2009“) und D („Basis-DRG V2009“) im Tabellenblatt „Migration V2009 nach V2008“ können die endgültigen DRG-Kürzel gemäß Fallpauschalen-Katalog 2009 entnommen werden.

Die kommentierte Migrationstabelle besteht aus zwei Teilen:

Teil I „Migration V2008 nach V2009“ beschreibt die Fallwanderungen von Fällen bei Gruppierung nach G-DRG-Version 2008 im Vergleich zur Gruppierung nach G-DRG-Version 2009. Diese Tabelle beantwortet die Frage: Wo gehen die Fälle aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2008 hin?

In Teil II „Migration V2009 nach V2008“ lassen sich Fallwanderungen aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2009 betrachten. Diese Tabelle beantwortet die Frage: Wo kommen die Fälle aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2009 her?

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

3.3.5.2 Sortierung

Bisherige Veränderungen

Wie in den vergangenen Jahren wurde erneut 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, 05, 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 weiteren DRGs für Mehrfacheingriffe die Lösung dieses Problems angegangen. Ausführliche Informationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.2.17.

Veränderungen für 2009

Die Notwendigkeit, die bisher durchgeführte Sortierung auch auf andere Bereiche auszuweiten, wurde geprüft. Darüber hinaus fanden Hinweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 Berücksichtigung. So gingen erneut für den Bereich der MDC 05 Hinweise bezüglich einer Mindervergütung bei Mehrleistung, DRGs der anderen und der medizinischen Partition betreffend, ein. Diese Problematik betraf Fälle der konservativen Partition der MDC 05 mit einer diagnostischen Koronarangiographie und einem Belegungstag. Diese Fallkonstellation konnte durch eine Änderung der Definition der DRG F49F *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter > 14 Jahre* gelöst werden. Die für die G-DRG-Version 2008 erstmals durchgeführte Sortierung zwischen der medizinischen und der anderen Partition der MDC 05 wurde beibehalten. Weitere Erläuterungen hierzu finden sich in Kapitel 3.3.2.16.

Auf Ebene der Prä-MDC erreichten uns Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Problematik der Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung in Zusammenhang mit DRGs für Langzeitbeatmung. Gemäß G-DRG-Version 2008 konnte die Situation eintreten, dass ein Fall mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung durch die Angabe von Beatmungsstunden einer geringer bewerteten DRG für Langzeitbeatmung zugeordnet wurde anstatt einer spezifischen DRG für intensivmedizinische Komplexbehandlung einer bestimmten MDC, was durch die Abfragereihenfolge bedingt war. Die zur Lösung dieses Problems durchgeführte Sortierung wird ausführlich in Kapitel 3.3.2.14 erläutert.

Erwähnenswert in Bezug auf die MDC 04 ist die Sortierung der unbewerteten DRG E76A *Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage*, die bisher am Anfang der medizinischen Partition abgefragt wurde. Für die G-DRG-Version 2009 wurde diese DRG in die operative Partition der MDC 04 einsortiert. Dadurch wird bei Erbringung eines kleinen operativen Eingriffs bei Tuberkulose eine Mindervergütung bei Mehrleistung vermieden.

Zusätzlich zur MDC 17 wurde für die G-DRG-Version 2009 erstmalig auch in MDC 18B *Infektiöse und parasitäre Krankheiten* eine partitionsübergreifende Sortierung zwischen medizinischer und operativer Partition durchgeführt (die MDC 18B enthält keine andere

Partition). Dies war vor allem deshalb möglich, weil die Basis-DRG T01 *OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten* durch die Tabelle aller OR-Prozeduren definiert ist und diese MDC damit keine Abfrage der Fehler- und sonstigen DRGs enthält.

Eine weitere Neuerung hinsichtlich der Sortierung ist in MDC 15 *Neugeborene* erwähnenswert. Ein Großteil der DRGs in dieser MDC ist disjunkt, da die Zuordnung zu den Basis-DRGs überwiegend über das Aufnahmegewicht erfolgt. Eine Sortierung wäre hier also eigentlich nicht notwendig. Eine Ausnahme bildet die Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen*, die durch eine Prozedurenliste definiert und damit nicht disjunkt zu vielen anderen DRGs der MDC 15 ist. Aus diesem Grund wurden die DRGs der Basis-DRG P02 entsprechend ihrer Kosten in die in der Abfrage-Reihenfolge nachgestellten DRGs eingeordnet.

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

3.3.6.1 Überleitung auf die ab 1. Januar 2009 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2007 (Datenjahr 2007). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2007 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2007 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2009 stand zunächst die G-DRG-Version 2007/2009 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 2009 anhand der im Datenjahr 2007 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Sie soll den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2009 auf der Basis der Leistungsdaten des Jahres 2007, 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 2009 waren für die Gruppierung im Jahr 2009 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2007/2009 auf das G-DRG-System 2008/2009 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 2008 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2007 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2008/2009. Diese zweite Übergangsversion wurde ebenfalls auf der Internetseite des InEK der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt und dient, analog der Vorgängerversion 2007/2009, 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 2007/2008 auf die G-DRG-Version 2008 vor-

genommen wurden. Diese sind im Abschlussbericht des Jahres 2008 ausführlich dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2008/2009 auf die G-DRG-Version 2009 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die ab 1. Januar 2009 gültige ICD-10-GM Version 2009 enthält insgesamt 13.271 terminale Codes und somit 20 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2008 (13.251). 99,6% dieser Codes (13.251) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes und sind somit identisch.

Der OPS Version 2009 enthält insgesamt 25.501 Codes. Das sind 795 Codes mehr als im OPS Version 2008 (24.706). Die Mehrzahl dieser Codes (94%, 23.960) zeigt ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf den Code bzw. die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

3.3.6.2 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 2009 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die der „Vorgängerkode“ in der Version 2008/2009 gehabt hat. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise allen im Jahr 2009 neu etablierten Codes aus G25.8- *Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen* die Funktion des im Jahr 2008 gültigen Codes G25.8 *Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen* zugewiesen.

Alter Code (ICD-10-GM Version 2008):

G25.8 *Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen*

Neue Codes (ICD-10-GM Version 2009):

G25.80 *Periodische Beinbewegungen im Schlaf*

G25.81 *Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]*

G25.88 *Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen*

Alle neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Code G25.8 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2009:

In jede Tabelle des G-DRG-Systems 2008/2009, in welcher der alte ICD-Kode G25.8 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2009 jeweils alle drei neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
- Verschiedene Diagnosentabellen der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
- Tabelle *Alterskonflikt – Erwachsene*

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 den neuen OPS-Kode 5-794.a6 *Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Radius distal* auf den Vorgängerkode 5-794.ax *Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Marknagel mit Gelenkkomponente: Sonstige* übergeleitet.

Damit würde dieser OPS-Kode im G-DRG-System 2009 eine Gruppierungsrelevanz in verschiedenen operativen DRGs (I28A, I28B, W04A, W04B, X06A, X06B, X06C) erhalten. Weiterhin würde dieser Code durch die Überleitung den OR-Prozeduren zugeordnet und als solche über die Funktionen „Bestimmte OR-Prozeduren (BORP)“, „Komplexe Vakuumbehandlung (KVB)“ und „Vierzeitige bestimmte OR-Prozeduren (VBOR)“ eine Gruppierungsrelevanz in 28 DRGs haben.

Durch eine am Gruppierungsalgorithmus orientierte, vom DIMDI abweichende Überleitung des Codes (5-794.a6) auf den OPS-Kode 5-794.b6 *Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese: Durch Marknagel: Radius distal*, war es möglich, Fälle mit diesem Leistungsbezeichner innerhalb der MDC 08 nicht der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe*, sondern stattdessen in der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule* (I08A, I08B, I08C, I08D, I08E, I08F) sowie den DRGs I13A *Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, beidseitigem Eingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose*, und I21Z *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm* und I31Z *Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand* abzubilden.

Die Gruppierungsrelevanz in den anderen MDCs sowie den benannten Funktionen, die durch Überleitung auf den Code 5-794.ax erreicht würde, blieb erhalten, konnte aber durch die beschriebene abweichende Überleitung in die Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen (EML)“ aufgenommen werden, die in 15 DRGs Gruppierungsrelevanz besitzt.

3.3.6.3 **Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)**

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden drei Varianten für die Berücksichtigung im G-DRG-System 2009:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Codes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS dar. Aufgrund des Fehlens von Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Ein Beispiel sind die neu in den OPS Version 2009 aufgenommenen Codes aus 3-100 *Mammographie*. Diese Codes sind im G-DRG-System 2009 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2008 oder 2009 neu etablierte OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten nicht vorhanden. Es konnte jedoch für bestimmte Codes über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten in der Kalkulation dennoch eine Zuordnung zu einer DRG erfolgen.

Beispielhaft wurden für die im Jahr 2009 neu etablierten OPS-Codes 5-828.10 *Implantation, Revision, Wechsel und Entfernung eines Knochenteilersatzes und Knochen-totalersatzes: Implantation eines Knochen-totalersatzes: Femur* und 5-828.40 *Implantation, Revision, Wechsel und Entfernung eines Knochenteilersatzes und Knochen-totalersatzes: Wechsel eines Knochen-totalersatzes: Femur*, im Vorgriff auf die Überleitung, Fälle mit dieser Leistung näherungsweise mit im Jahr 2007 gültigen Leistungsbezeichnern detektiert.

Durch dieses Hilfskonstrukt war es möglich, Fälle, die diesen Leistungsbezeichner im Datenjahr 2007 erhalten hätten, im Rahmen der Kalkulation zu berücksichtigen und diese in der DRG I95Z *Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochen-totalersatz am Femur* abzubilden. (Weiteres hierzu im Abschnitt „Hinweise zu Leistungsplanung und Budgetverhandlung“)

Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet

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

So wurde der ab dem Jahr 2009 gültige OPS-Code 1-656 *Telemetrische Kapselendoskopie des Kolons*, unterstützt durch Informationen aus dem NUB-Verfahren, auf den

bereits im Jahr 2008 gültigen OPS-Kode 1-63.a *Telemetrische Kapselendoskopie des Dünndarms* übergeleitet. Einer klassifikatorischen Überleitung folgend hätte der Kode 1-656 im G-DRG-System 2009 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 2007/2009 und der G-DRG-Version 2009 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 im Abschnitt „Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet“ beschriebenen und neu in den OPS Version 2009 aufgenommenen OPS-Kode 5-828.10 *Implantation, Revision, Wechsel und Entfernung eines Knochenteilersatzes und Knochentotalersatzes: Implantation eines Knochentotalersatzes: Femur* folgender Hinweis aufgeführt:

„Für das Jahr 2008 wurden die OPS-Kodes 5-828.10 *Implantation eines Knochentotalersatzes: Femur* und 5-828.40 *Wechsel eines Knochentotalersatzes: Femur* neu etabliert. Ab der G-DRG-Version 2008/2009 sind diese Codes der DRG I95Z *Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur* zugeordnet.

Fälle mit Implantation eines Knochentotalersatzes am Femur werden auch bereits in der G-DRG-Version 2007/2009 der DRG I95Z zugeordnet, sofern diese Leistung in 2007 sowohl mit einem Kode aus 5-828.1 / .4 *Implantation/Wechsel eines Knochentotalersatzes* als auch mit einem Kode aus 5-782.6g / .7g / .8g / .9g / .xg *Totale Resektion eines Knochens [...]: Femurschaft / Sonstige Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Femurschaft* verschlüsselt worden ist.

Abhängig von der konkreten Kodierung in 2007 ist es daher möglich, dass nicht alle Fälle, die anhand der G-DRG-Version 2008/2009 in die DRG I95Z eingruppiert werden, dieser DRG auch bereits gemäß der G-DRG-Version 2007/2009 zugeordnet sind.“

3.3.6.4 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM Version 2009 und OPS Version 2009 konnten wie auch im vergangenen Jahr ausschließlich beim DIMDI eingereicht werden. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2009 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 2009 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 2009 bzw. in die ICD-10-GM Version 2009 finden. Beispielhaft genannt werden kann hier der im OPS Version 2009 nach Aufwandspunkten weiter differenzierte Codebereich 8-980.1 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur): 185 bis 552 Aufwandspunkte*.

Darüber hinaus wurden zahlreiche neue Codes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2009 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 ist hier beispielsweise der neue Code 8-839.a *Andere therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Herz und Blutgefäße: Behandlung einer koronaren Bifurkation mit einem OPD-System*.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit einer Implantation oder einem Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit versus ohne gleichzeitige Sondenimplantation untersucht. Detektiert wurden diese Fälle u.a. anhand von Informationen aus einer ergänzenden Datenbereitstellung zu diesem Thema. Die Analysen führten zu einer Differenzierung der DRG B21Z *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* der G-DRG-Version 2008 anhand des Kriteriums „Sondenimplantation“. Die DRG B21A *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation* der G-DRG-Version 2009 wird zukünftig durch die entsprechenden, ab dem OPS Version 2009 differenzierten Codes für die Implantation oder den Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode aus dem Codebereich 5-028 definiert. In gleicher Weise differenziert wurden Codes für die Implantation und den Wechsel eines Neurostimulators aus den Codebereichen 5-039 *Andere Operationen an Rückenmark und Rückenmarkstrukturen* und 5-059 *Andere Operationen an Nerven und Ganglien*.

Weiterhin zu nennen sind zahlreiche neue OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2009 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-004.0 *Palivizumab, parenteral* zur Definition der Dosisklassen bei dem neuen Zusatzentgelt ZE98 *Gabe von Palivizumab, parenteral*. Darüber hinaus wurden weitere Codes für aufwendige Verfahren wie z.B. die Codes für komplexe diagnostische Verfahren im Kindesalter (OPS 1-942 bis 1-944) oder für die *Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000* (OPS 8-854.8) aufgenommen, um zukünftig die Analyse teurer Fälle zu ermöglichen.

Auch in der ICD-10-GM 2009 wurden zahlreiche bestehende Diagnosecodes differenziert bzw. neue Codes aufgenommen, um unterschiedliche Behandlungsabläufe und -aufwände abbilden zu können. Dies betrifft z.B. die neuen spezifischen Codes zur Abbildung des diabetischen Fußsyndroms in dem Codebereich E10-E14 *Diabetes mellitus* oder den Code O88.20 zur Verschlüsselung einer *Lungenembolie während der Gestationsperiode*, für die bisher nur der unspezifische Code O88.2 *Thromboembolie während der Gestationsperiode* zur Verfügung stand.

3.3.7 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 2009 daher erneut 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 2009.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR 0207: Streichung dieser Kodierrichtlinie, um Redundanzen zur ICD-10-GM zu vermeiden und da die bisherige Einschränkung der Kodierbarkeit der Diagnose C97! *Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen* auf Primärtumoren, welche die Definition der Hauptdiagnose erfüllen, nicht sinnvoll erschien
- DKR 0603: Angleichung der Kodierung der chronischen Phase einer nicht traumatischen an die der chronischen traumatischen Paraplegie/Tetraplegie. Damit ist die chronische Phase einer nicht traumatischen Paraplegie/Tetraplegie zukünftig analog zu der einer traumatischen Paraplegie/Tetraplegie zu verschlüsseln
- DKR 1001: Klarstellung hinsichtlich der Berechnung der Beatmungsdauer im Hinblick auf das Ende der Entwöhnung sowie Klarstellung der Berücksichtigung der Beatmungszeiten bei heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden
- DKR 1525: Wiederaufnahme dieser Kodierrichtlinie zur Klarstellung der Verschlüsselung einer primären bzw. sekundären Sectio caesarea

Detaillierte Informationen zu den in der DKR-Version 2009 stattgehabten Änderungen finden sich in Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien.

Darüber hinaus ergab sich aus einer Änderung der ICD-10-GM weiterer Änderungsbedarf in den Deutschen Kodierrichtlinien. In die ICD-10-GM Version 2009 wurden unter dem Codebereich E10-E14 *Diabetes mellitus* neue 5. Stellen zur spezifischen Verschlüsselung eines diabetischen Fußsyndroms mit der Differenzierung „entgleist“ bzw. „nicht entgleist“ neu aufgenommen, die in DKR 0401 berücksichtigt wurden. Damit wird ab 2009 die Verschlüsselung dieser Erkrankung – die bisher nicht spezifisch kodiert werden konnte – geregelt und eine Untersuchung der Abbildung von Fällen mit diabetischem Fußsyndrom 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 2009 umfasst insgesamt 1.192 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2008 bietet die folgende Tabelle 20:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2009	1.192	+ 55
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.146	+ 57
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	41	- 2
davon rein teilstationäre DRGs	5	0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	21	+ 2
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	276	+ 27

Tabelle 20: Überblick über das G-DRG-System 2009

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2009) befinden sich 74 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 64). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2009) liegt bei 53 (Vorjahr: 51). 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 2009 verringert sich die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2008 um zwei auf insgesamt 41 DRGs. Diese wurden abschließend definiert, sodass lediglich die Vergütungshöhe dieser DRGs krankenhausindividuell 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 2009 dazu, dass sich die 41 in Anlage 3a der FPV 2009 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 200 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. 70 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 21 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2009 im Vergleich zum G-DRG-System 2008:

	G-DRG-System 2008	G-DRG-System 2009
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	19	25
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	44	48
Besondere Behandlungsformen	1	1
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	33	35
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	15	15
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	115	127

Tabelle 21: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2008 und 2009

Die besonderen Behandlungsformen sind die *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2009-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2009-36) sowie die *naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2009-40).

Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2009 um 10 auf insgesamt 74.

Drei zuvor als NUB definierte Medikamente konnten auf Basis der verfügbaren Daten neu als Zusatzentgelt definiert und bewertet werden (ZE95 *Gabe von Palifermin*, ZE96 *Gabe von Carmustin-Implantaten* und ZE97 *Gabe von Natalizumab*). Einem Antrag aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurde ZE98 für die *Gabe von Palivizumab* in Anlage 2 aufgenommen. Die verfügbaren Daten ermöglichten zudem die Definition und Bewertung von ZE100 *Implantation eines endobronchialen Klappensystems* (zuvor NUB Status 1).

Auf der Grundlage verbesserter Daten konnten bei den Dialysen erstmalig die Anwendung der *Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH)* (ZE103) und der *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)* (ZE104) bewertet werden. Diese Leistungen wurden aus dem unbewerteten ZE2009-08 *Sonstige Dialysen* herausgelöst. Für das ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei einem fallzahlstarken Kalkulationskrankenhaus nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistung zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für die Bewertung der Vorjahreswert unverändert übernommen.

Auch im Bereich der operativen und interventionellen Verfahren ermöglichten verbesserte Kalkulationsdaten die Bewertung von zuvor Anlage 4 zugeordneten Leistungen. Erstmals nach der Einführung als unbewertetes Zusatzentgelt im Jahr 2004 konnte für medikamentenbeschichtete Stents ein bewertetes Zusatzentgelt ausgewiesen werden (ZE101 *Medikamente-freisetzende Koronarstents*). Der Bewertung gingen eingehende Analysen und Prüfungen der Falldaten voraus. Neben der gegenüber den Vorjahren in ihrer Dynamik deutlich verringerten Preisentwicklung verbesserten ergänzende Informationen der Kalkulationskrankenhäuser (u.a. Stückzahl verwendeter Stents, Stenttyp) die Datenbasis so weit, dass die Leistung auf der Grundlage der Differenzkosten zum Bare Metal Stent bewertet werden konnte. Darüber hinaus bewertet ZE99 den *Distractionsmarknagel, nicht motorisiert* (ZE2009-72 bleibt für den motorisierten Distractionsmarknagel bestehen), während ZE102 für *Vagusnervstimulationssysteme* etabliert wurde (herausgelöst aus ZE2009-73). Die für die *selektive Embolisation mit Metallspiralen (Coils)* in Anlage 2 enthaltenen Zusatzentgelte wurden um Maßnahmen an Lungengefäßen erweitert (ZE106) bzw. hinsichtlich der Zuordnung von Maßnahmen an spinalen Gefäßen angepasst (zuvor ZE106, neu ZE105).

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 erneut eine uneinheitliche Preistendenz festzustellen. Eine erneute deutliche Preissteigerung führte bei ZE93 *Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral* zur Absenkung der Einstiegsschwelle sowohl für Kinder als auch für Erwachsene. Ein Preisverfall war auch in diesem Jahr für das ZE63 *Gabe von Paclitaxel, parenteral* zu verzeichnen. Aus Gründen der Anreizproblematik in Verbindung mit dem ZE80 *Gabe von Docetaxel, parenteral* wurde weiterhin auf eine Streichung von Dosisklassen bei ZE63 verzichtet. Bei ZE91 *Gabe von Oxaliplatin* hatte der Preisverfall zur Folge, dass einige der unteren Dosisklassen gestrichen wurden.

Bei dem Zusatzentgelt ZE94 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* erfolgte aufgrund einer Änderung in der Novelle 2005 der „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gem. §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG)“ des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärzte-

kammer hinsichtlich der Mindestbedingungen und der kontinuierlich bestehenden Unklarheiten bei Errechnung der korrekten Anzahl von Transfusionseinheiten (TE) eine Umstellung der zugrunde liegenden Einheit in Thrombozytenkonzentrate. Im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden daher auch die Definition des Zusatzentgelts sowie die entsprechenden OPS-Kodes mit Hilfe einer ergänzenden Datenbereitstellung mit neuer Einheit basierend auf Vorgaben der neuen Richtlinien an die Novelle 2005 angepasst, was im Vorfeld eine intensive Kommunikation mit Krankenhäusern und Experten erforderte. Eine eindeutige Überleitung war nicht möglich. Tabelle 22 stellt die Dosisklassen im bewerteten Zusatzentgelt für die Gabe von Thrombozytenkonzentraten der Jahre 2008 und 2009 gegenüber. Die Neudefinition der Dosisklassen versucht, das Abrechnungsvolumen auf nationaler Ebene konstant zu halten. Gleichzeitig wurden die Erlösstufen und die Klassenbreiten ähnlich konstruiert. Unterschiede im Abrechnungsvolumen auf Krankenhausebene können sich allerdings dennoch ergeben.

2008		2009	
Dosisklassen	Betrag	Dosisklassen	Betrag
8 TE bis unter 12 TE *	639,28 €	2 Thrombozytenkonzentrate *	592,30 €
12 TE bis unter 16 TE *	913,25 €	3 Thrombozytenkonzentrate *	820,39 €
16 TE bis unter 24 TE	1.232,89 €	4 bis unter 6 Thrombozytenkonzentrate	1.185,42 €
24 TE bis unter 32 TE	1.780,84 €	6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate	1.641,37 €
...

* Dieses Zusatzentgelt ist nur abrechenbar für Patienten mit einem Alter < 15 Jahre

Tabelle 22: Dosisklassen im bewerteten Zusatzentgelt für die Gabe von Thrombozytenkonzentraten 2008 und 2009

Bis zur Novelle 2005 galt eine doppelte Mindestbedingung, die sich auf die Thrombozytenzahl und das Volumen bezog (Mindestgehalt 60×10^9 Thrombozyten/Einheit und Mindestvolumen von 40 ml). Bei der Ermittlung der Anzahl der verabreichten Thrombozytenkonzentrate des ZE94 *Gabe von Thrombozytenkonzentraten* ist nun der in den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) gem. §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) (Novelle 2005)“ festgelegte Mindestgehalt von 200×10^9 Thrombozyten/Einheit als einzige Mindestbedingung zu beachten.

Zur Ermittlung des Budgets wird eine Umrechnung erforderlich. Zur Verdeutlichung sollen die folgenden Beispiele dienen:

Die Gabe von 6 Thrombozytenkonzentraten, die mindestens 200×10^9 Thrombozyten enthalten, führt in das ZE94.04 *6 bis unter 8 Thrombozytenkonzentrate*.

Diese Gabe hätte in den Vorjahren in das ZE83.03 *16 TE bis unter 24 TE* geführt, da die Gabe 20 Transfusionseinheiten (TE) mit einem Mindestgehalt von 60×10^9 Thrombozyten/Einheit entsprochen hätte. Voraussetzung war hierbei, dass auch die Mindestbedingung hinsichtlich des Volumens erfüllt wurde.

In die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden für das Jahr 2009 für Medikamentengaben zwei neue Entgelte aufgenommen, die als NUB-Leistungen 2008 mit Status 1 versehen waren (ZE2009-70 *Radioimmuntherapie mit 90Y-Ibritumomab-Tiuxetan, parenteral*, ZE2009-71 *Radiorezeptortherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga*). Ergänzend tritt mit ZE2009-69 *Gabe von Hämin, parenteral* ein Entgelt hinzu, das auf einen Antrag im Vorschlagsverfahren zurückgeht. Diese Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zu-

satzentgeltdefinition, konnten jedoch wie alle in Anlage 4 zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2007, 2008 und 2009) von 1.082 über 1.137 auf 1.192 angestiegen. Parallel dazu verläuft der Anstieg der Anzahl bewerteter DRGs von 1.035 über 1.089 auf 1.146.

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

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt eine Analyse der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2007, dass weniger als 350 der rund 1.700 untersuchten Krankenhäuser in Deutschland während eines gesamten Jahres mehr als 500 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen. Rund 65% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen maximal 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (vgl. Abb. 16).

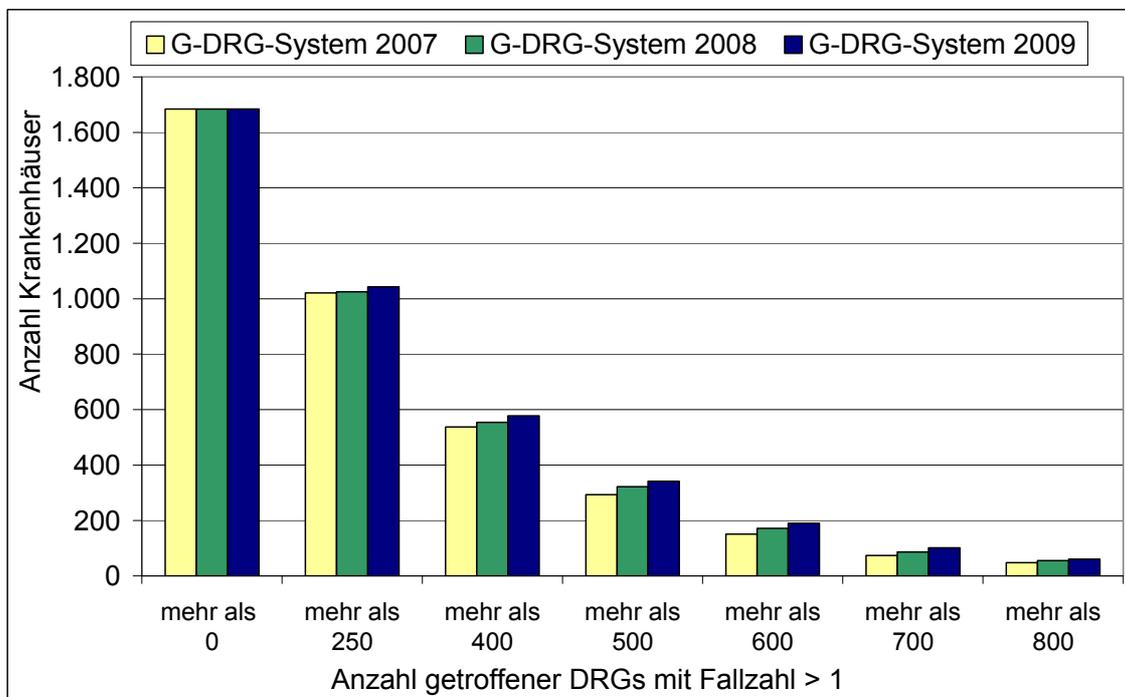


Abbildung 16: Anzahl getroffener DRGs pro KH (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2007, 2008 und 2009, Basis: DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2007

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist seit dem G-DRG-System 2007 nahezu unverändert (vgl. Abb. 17).

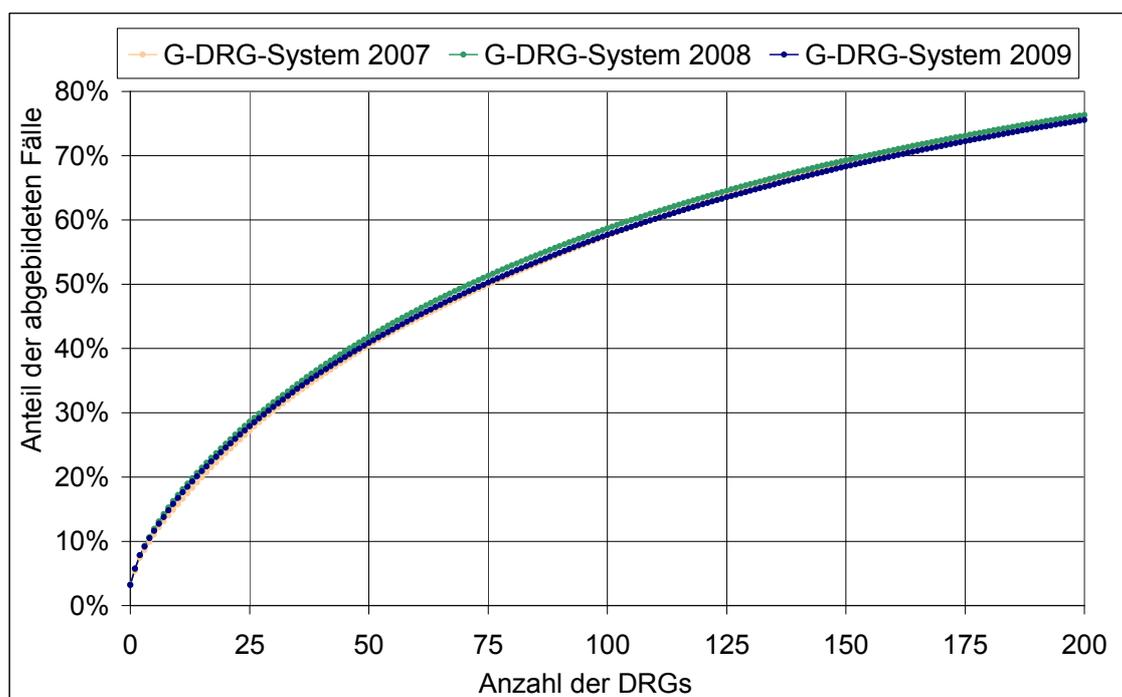


Abbildung 17: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2007, 2008 und 2009, Basis: DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2007

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 18) wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versorgung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 80% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad von rund 80% der abrechenbaren Fälle bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

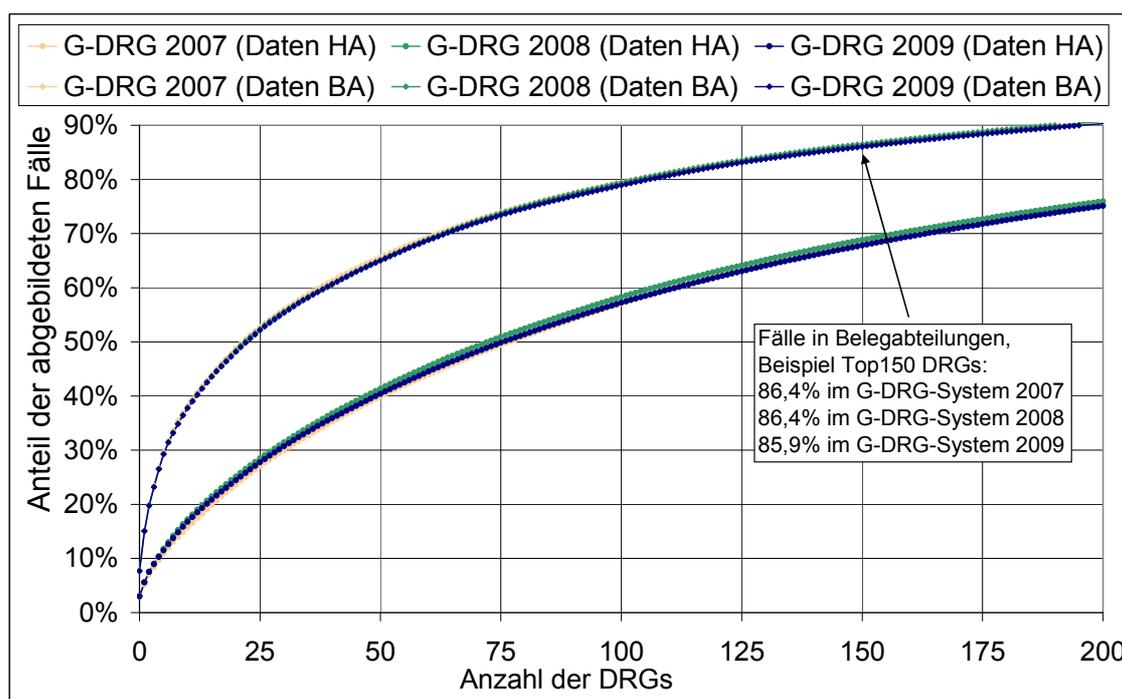


Abbildung 18: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2007, 2008 und 2009, Basis: DRG-Daten gem. § 21 KHEntg, Datenjahr 2007

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 81 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung bereits 68% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.3).

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 2008 als auch nach dem G-DRG-System 2009 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 1.069 DRGs im G-DRG-System 2008 bzw. 1.124 DRGs im G-DRG-System 2009 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2009 im Vergleich zum G-DRG-System 2008 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 2007 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt. Es ergaben sich die folgenden Maße (siehe Tab. 23):

	G-DRG-System 2008	G-DRG-System 2009	Verbesserung (in %)
R^2 -Wert auf Basis aller Fälle	0,7408	0,7440	0,4
R^2 -Wert auf Basis der Inlier	0,8295	0,8345	0,6

Tabelle 23: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2008 und G-DRG-System 2009 (Datenbasis: Datenjahr 2007)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,4% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8345 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2009 um 0,6% im Vergleich zur Version 2008 gesteigert werden.

Tendenziell bewirkt eine höhere Anzahl von Klassen eine Zunahme des R^2 -Wertes. Durch die Steigerung von 1.137 auf 1.192 DRGs (bzw. von 1.069 auf 1.124 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 $1.124 - 1.069 = 55$ DRGs eine (theoretische) R^2 -Steigerung von 0,000021 bei nicht zielgerichteter, d.h. zufälliger Klassifikationsentwicklung. Der tatsächliche Anstieg des R^2 -Wertes bei zielgerichteter Klassifikationsentwicklung (inklusive der Zunahme der DRG-Klassenzahl) beträgt 0,0032. Damit unterscheidet sich die Verbesserung der Varianzreduktion durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung des G-DRG-Systems um den Faktor 152 vom Effekt der reinen Zunahme der DRG-Klassenzahl. Auf Basis der Inlier beträgt dieser Faktor 185.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 19 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 2009 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2009 zur Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2008 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich (rechte Skala).

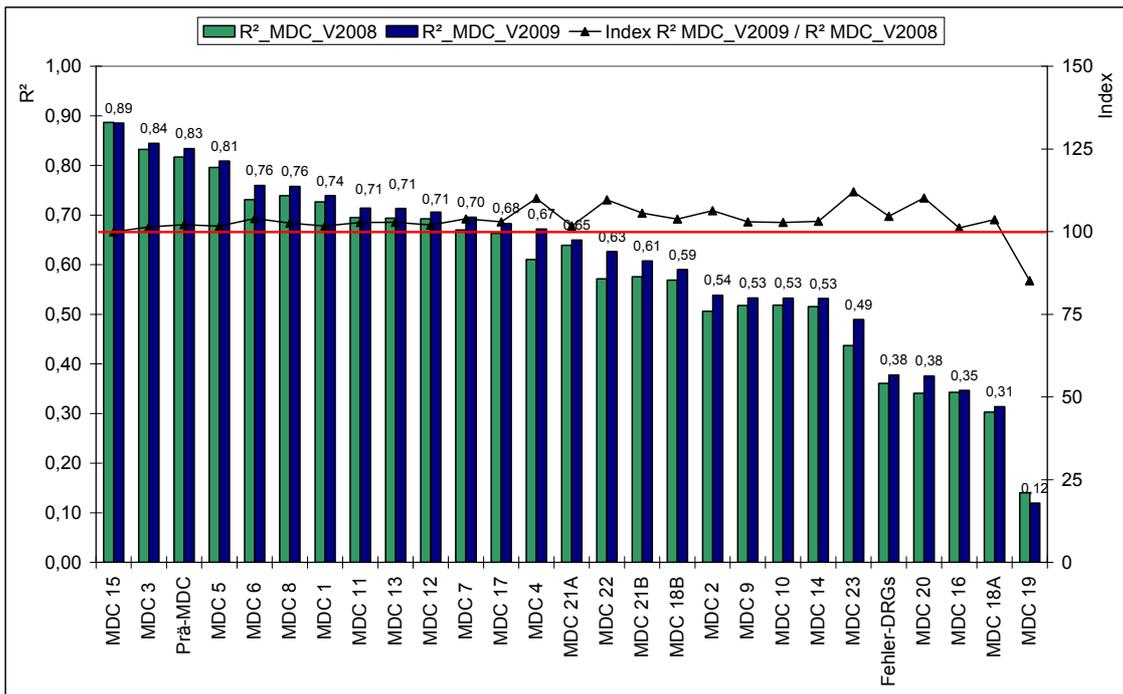


Abbildung 19: R²-Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2008 und 2009, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2009), Datenjahr 2007

Die Darstellung zeigt, dass es Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs gibt. Allerdings sind die Veränderungen in beide Richtungen relativ gering. Bis auf zwei MDCs ist eine positive Veränderung im G-DRG-System 2009 gegenüber der Version 2008 zu verzeichnen (Index >100).

In den folgenden MDCs

- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (Index 112,0),
- MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (Index 110,2),
- MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* (Index 110,0) und
- MDC 22 *Verbrennungen* (Index 109,6)

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

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (49,1%), zeigt eine Steigerungsrate zwischen 1,7% und 4,3%:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7264 auf 0,7389 (Index 101,7)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,7906 auf 0,8091 (Index 101,7)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7309 auf 0,7598 (Index 104,3)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7391 auf 0,7579 (Index 102,5)

Analyse der Kostenhomogenität

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2007) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 24):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2008		G-DRG-System 2009		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	30	2,8	31	2,8	- 1,7
60 bis unter 65%	133	12,4	135	12,0	- 3,5
65 bis unter 70%	398	37,2	400	35,6	- 4,4
70 bis unter 75%	313	29,3	335	29,8	+ 1,8
75% und mehr	195	18,2	223	19,8	+8,8
Gesamt	1.069		1.124		

Tabelle 24: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-Systeme 2008 und 2009, Basis: Inlier, Datenjahr 2007

Die beiden Klassen mit der höchsten Homogenität („70 bis unter 75%“ sowie „75% und mehr“) steigen mit +1,8% und +8,8% deutlich an.

Betrachtet man den Fallanteil der Inlier in DRGs kumulierter Homogenitätskoeffizientenklassen (siehe Abb. 20), so zeigt sich in dieser Perspektive sogar deutlicher die Verschiebung zugunsten der homogensten Klasse.

In Abbildung 20 ist neben den kumulierten Homogenitätsklassen (linke Skala) als Index das Verhältnis zwischen den Inlier-Anteilen in den jeweiligen Homogenitätsklassen für das G-DRG-System 2009 und für das G-DRG-System 2008 angegeben (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich.

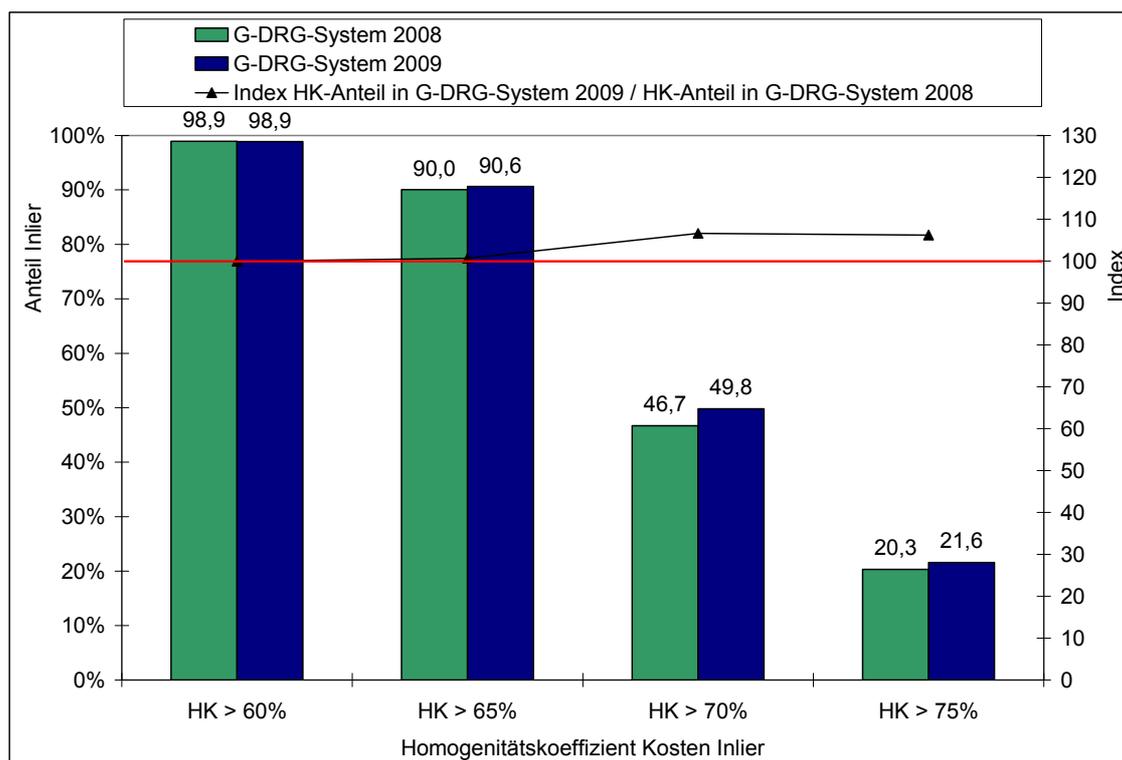


Abbildung 20: Vergleich der Fallkosten-Homogenitätsklassen für G-DRG-Systeme 2008 und 2009 bezüglich Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2007

Die Verbesserung der Kostenhomogenität ist an der Zunahme des Inlier-Anteils in den beiden höchsten Homogenitätskoeffizientenklassen erkennbar.

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Die folgende Tabelle 25 zeigt den Anteil der DRGs in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2008 und 2009.

Fallanteil im 95%-KI mittlere Fallkosten Inlier	G-DRG-System 2008		G-DRG-System 2009		Verände- rung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	Veränderung (in %)
Bereich					
unter 90%	426	39,9	445	39,6	- 0,7
90 bis unter 95%	602	56,3	633	56,3	0
95% und mehr	41	3,8	46	4,1	+ 6,7
Gesamt	1.069		1.124		

Tabelle 25: Anteil DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der DRG-Inlier liegen, Basis: G-DRG-Systeme 2008 und 2009, Datenjahr 2007

Der Anteil an DRGs in der höchsten Klasse (mindestens 95% der Fälle haben Fallkosten innerhalb des 95%-Konfidenzintervalls) ist im G-DRG-System 2009 um 6,7% im Vergleich zum G-DRG-System 2008 gestiegen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2009.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2005, 2006 und 2007

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 2005, 2006 und 2007 jeweils gemäß G-DRG-Version 2007 gruppierten, medizinisch plausibilisierten Fälle in Hauptabteilungen, ohne Fälle in expliziten Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen jeweils rund 15 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauer-rückgang von 1,4% vom Datenjahr 2005 zum Datenjahr 2006 sowie ein weiterer Rückgang von 2,3% vom Datenjahr 2006 zum Datenjahr 2007 (siehe Tab. 26).

DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2005	7,71		
Datenjahr 2006	7,60	- 0,11	- 1,4
Datenjahr 2007	7,42	- 0,18	- 2,3

Tabelle 26: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2005 bis 2007, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2007

Der Verweildauerrückgang im Vergleich der Datenjahre 2006 mit 2007 in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG verteilt sich insgesamt ungleichmäßig auf die einzelnen DRGs. Der Großteil der DRGs (mit 93% aller Fälle) weist einen Rückgang von 0,1 bis unter 1,0 Tagen auf. Für 144 DRGs, die zusammen ca. 4% der analysierten Fälle repräsentieren, lässt sich ein Anstieg in der mittleren Verweildauer feststellen.

Betrachtet man nur die Datenjahre 2006 und 2007, so ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 24,7% der Fälle in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2007 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwertes von 0,21 Tagen bzw. 3,9%.

Die Ergebnisse einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens fünf Fällen in beiden Abteilungsarten ist in der folgenden Tabelle 27 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2006 zum Datenjahr 2007 für beide Abteilungsarten von rund 3% erkennbar.

DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittel- wert	Diffe- renz (in Tagen)	Diffe- renz (in %)	VWD Mittel- wert	Diffe- renz (in Tagen)	Diffe- renz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2005	7,37			5,33		
Datenjahr 2006	7,18	- 0,19	- 2,6	5,13	- 0,21	- 3,9
Datenjahr 2007	6,96	- 0,21	- 3,0	4,98	- 0,15	- 2,9

Tabelle 27: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2005 bis 2007, DRGs mit Fallzahl > 5 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (vgl. Tab. 27) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2007 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 7,42 noch 6,96 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 3,0% im Vergleich zu 2,3% noch deutlicher.

Der Rückgang der Verweildauer im Laufe der letzten Datenjahre kann durch eine weitere Analyse der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG verdeutlicht werden: die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (vgl. Abb. 21).

Insgesamt – und auch getrennt nach Haupt- und Belegabteilung – ist ein kontinuierlicher Anstieg des Anteils der Ein-Belegungstag-Fälle evident.

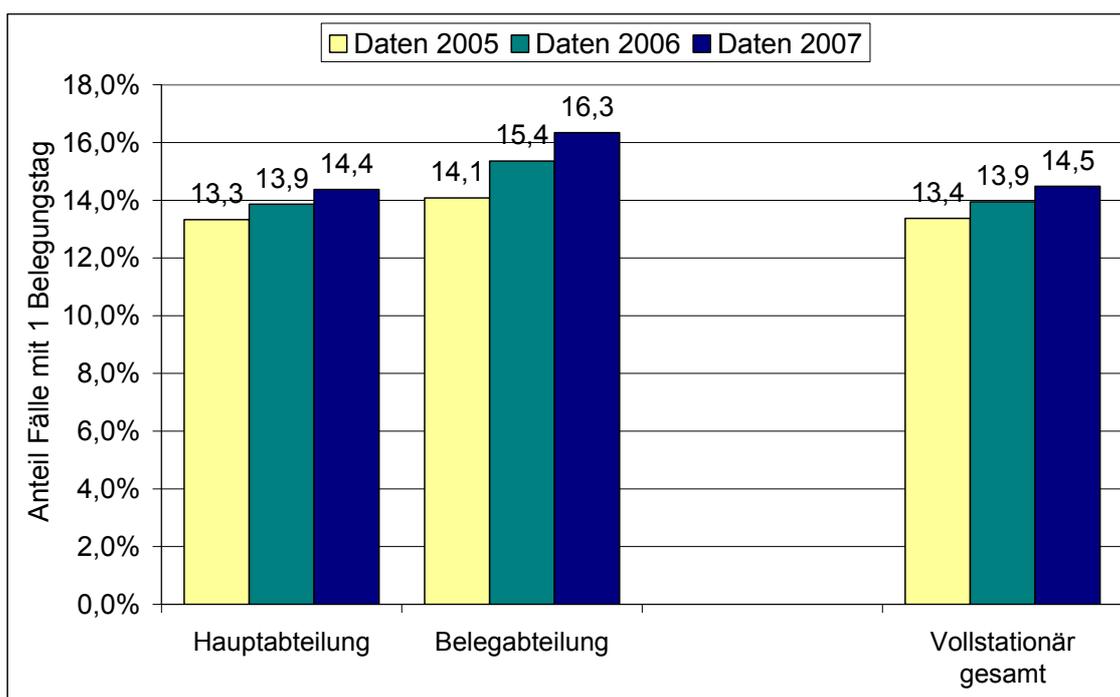


Abbildung 21: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2005 bis 2007

3.4.4.2 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2009 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 Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 19,0 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

- 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:

- 21 Ein-Belegungstag-DRGs
- 50 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 76 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.116 DRGs zugrunde.

Prüfung auf Repräsentativität

Die Verweildaueranalysen der Vorjahre haben gezeigt, dass die Prüfung auf Repräsentativität hinsichtlich der Verweildauer am besten ohne statistische Verteilungsannahme – d.h. nicht parametrisch – mit dem Mann-Whitney-Test durchgeführt wird.

Im Ergebnis fanden sich repräsentative Verweildauerverteilungen bei 684 DRGs (61% bezogen auf 1.116 DRGs). Die folgende Abbildung 22 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.

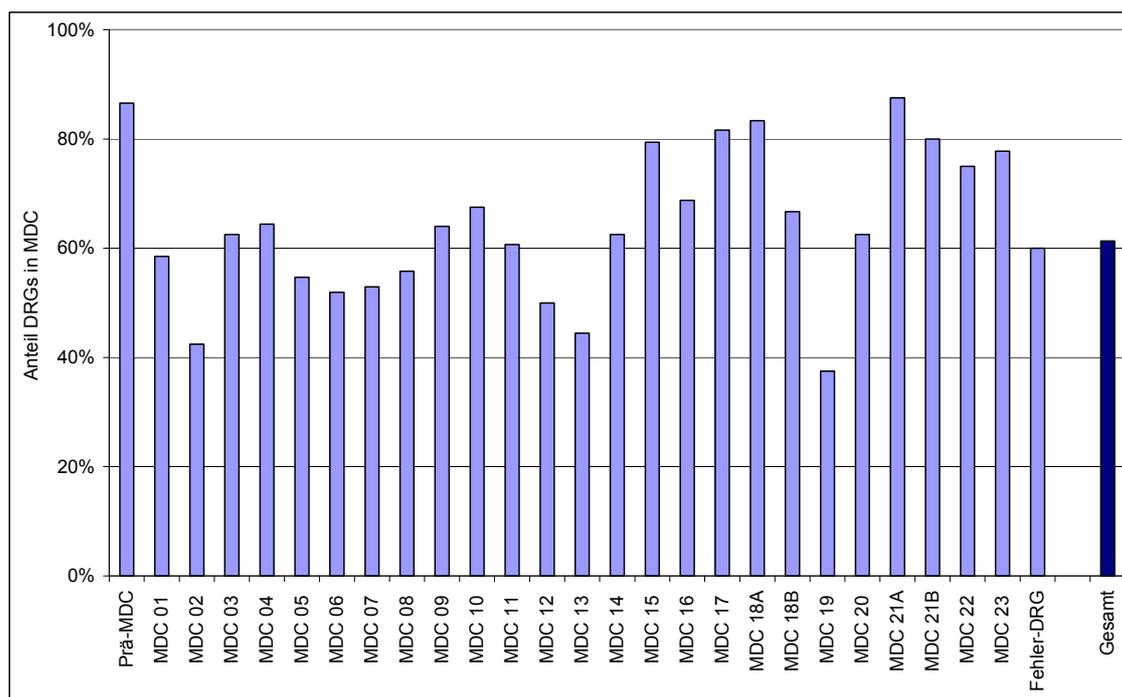


Abbildung 22: Anteil der bezüglich des Mann-Whitney-Tests nicht signifikanten DRGs je MDC hinsichtlich Verweildauerverteilung, Inlier, Datenjahr 2007

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 853 der 1.116 analysierten DRGs (76%) ist diese geringer als $\pm 0,5$ Tage, 1.079 DRGs (97%) unterscheiden sich um höchstens ± 1 Tag und für 1.101 DRGs (99%) beträgt diese gerundet höchstens ± 2 Tage.

Die folgende Abbildung 23 verdeutlicht, dass für rund zwei Drittel (67%) der mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant unterschiedlich eingestuften DRGs der Unterschied zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG gerundet 0 Tage beträgt.

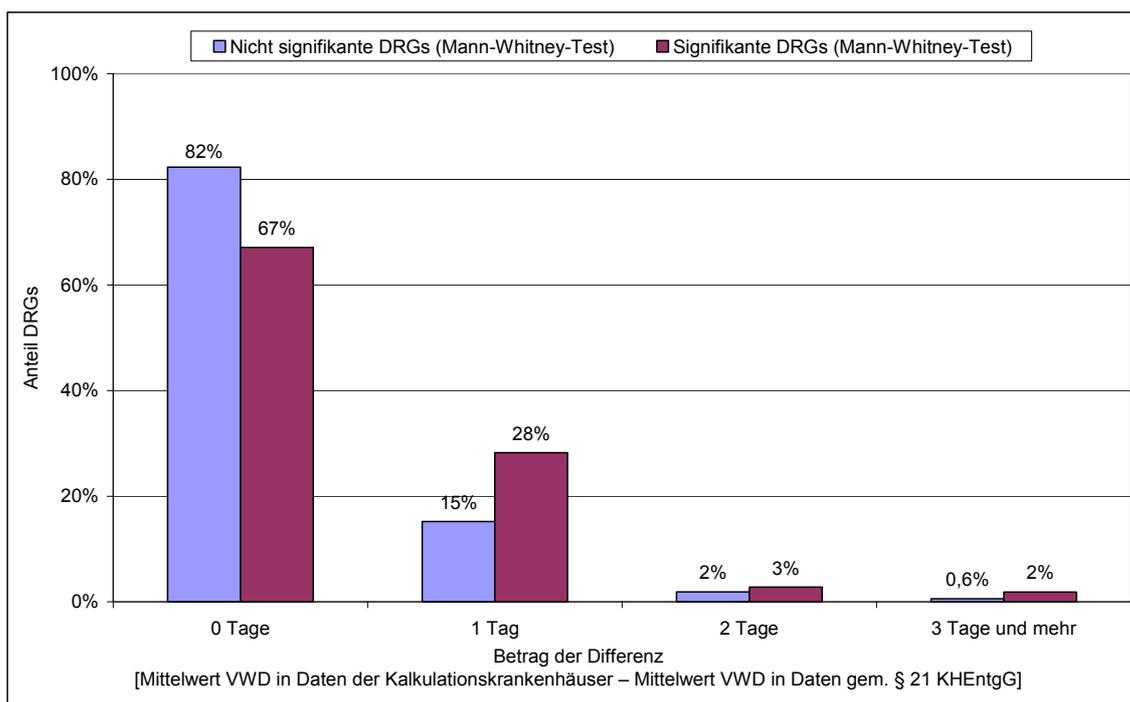


Abbildung 23: Häufigkeitsverteilung der gerundeten absoluten Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) für nicht signifikante und signifikante DRGs (bezüglich Mann-Whitney-Test), Inlier, Datenjahr 2007

Trotz einer Repräsentativitätsquote von 61% (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 eingestuften DRGs in 97% (67% + 28%) 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 33 analysierten DRGs der MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* wird im Folgenden der Zusammenhang des Resultats der Repräsentativitätsprüfung mit den tatsächlichen Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte exemplarisch erläutert.

In Abbildung 24 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.

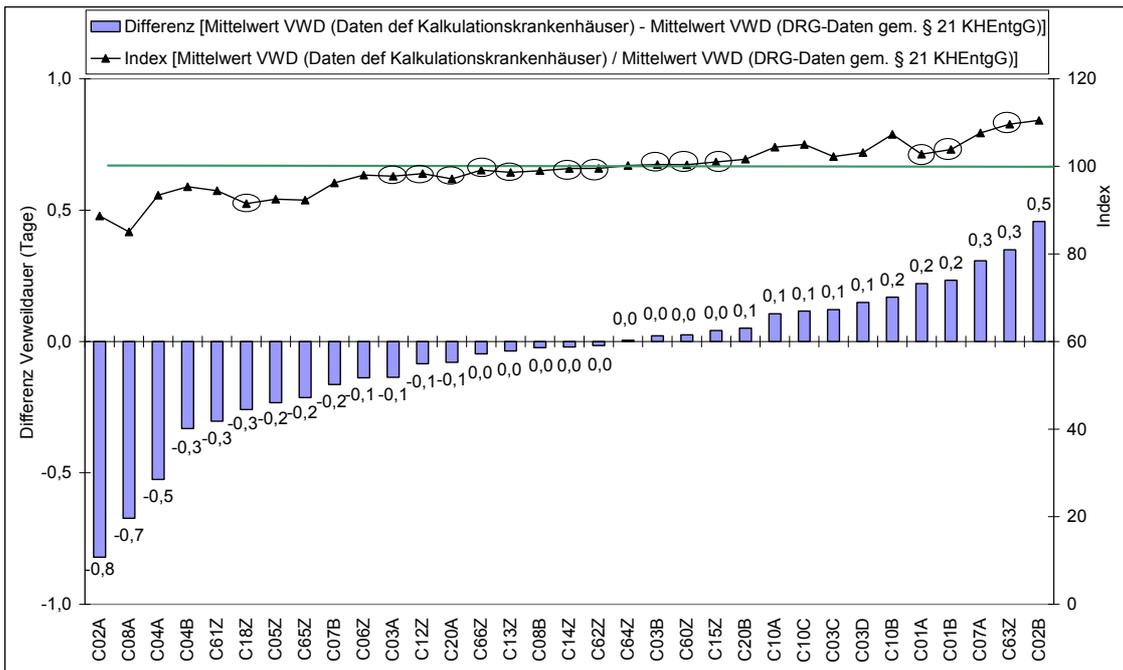


Abbildung 24: Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte für DRGs der MDC 02, sortiert nach Differenz, Inlier, Datenjahr 2007

Die Differenzen schwanken insgesamt zwischen -0,8 und +0,5 Tagen. Gerundet ergibt sich für drei DRGs eine Differenz von +/-1 Tag, für die übrigen 30 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 ist durch die Analyse des Streuungsverhaltens der Verweildauer möglich. Hierzu 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 25 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.

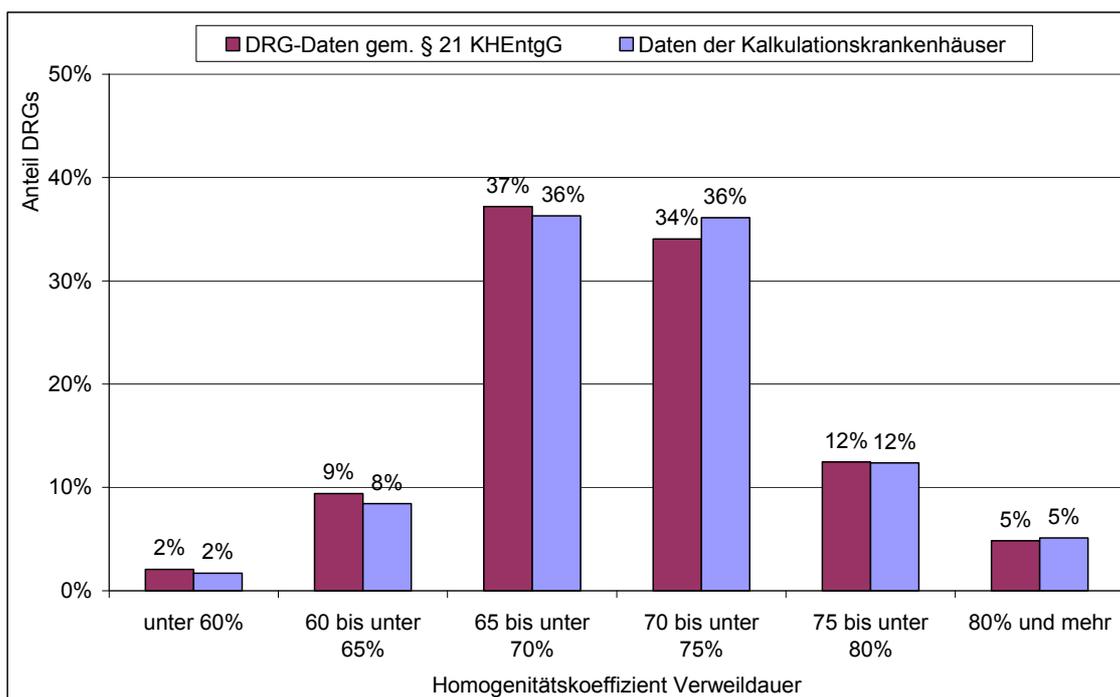


Abbildung 25: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Inlier, Datenjahr 2007

Analysiert man die Relation der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Kalkulationskrankenhäuser und der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG mit Hilfe eines Index, so ergibt sich folgendes Bild:

Für 1.099 von 1.116 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/-5%. Eine Abweichung von höchstens +/-2,5% liegt bei 1.020 DRGs (91% von 1.116 DRGs) vor.

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

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.116 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, welcher stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass

- a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
- b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße 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 2009 bildet somit die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Erkenntnisgewinn durch den aktiven Einsatz des G-DRG-Systems im Abrechnungsverkehr zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird im Sinne eines lernenden Systems konstruktiv für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingesetzt. Die Verwertung der veröffentlichten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG insbesondere im wissenschaftlichen und krankenhauplanerischen Bereich schafft zusätzliche Erkenntnisse, die ebenfalls bei der 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 Krankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen noch einige Leistungsreserven für zukünftige Verbesserungen der Datenqualität auf. Das Verbesserungspotential in der Datenqualität aufgreifend werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Beispielsweise werden erneut die Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie erfasst und erweiterten inhaltlichen Plausibilitäts- und 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.

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent beschritten werden. Im Datenjahr 2008 wird 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 einzelnen 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:

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV
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
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 komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A07C	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Konstellation, 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 angeborener Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmed. Komplexbehandlung > 3220 Aufwandspunkte und hochkomplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit kompl. OR-Proz. od. Polytrauma od. int. Komplexbeh. > 3220 P., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., oder ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, mit kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2209 - 3220 P. oder Alter < 16 J.
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1656 Punkte oder mit Eingriff bei angeb. Fehlb., Alter < 2 Jahre oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konstell., mit int. Komplexbeh. > 1656 P. oder Alter < 16 Jahre
A11B	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Proz., mit kompliz. Konstell. od. sehr kompl. Eingr. oder Alter < 16 Jahre, ohne Eingr. bei angeb. Fehlbildung od. Alter > 1 J. od. ohne komplexe OR-Proz., mit Tumorerkr. od. angeb. Fehlb., Alter < 3 J.
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeb. Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 1656 Punkte, Alter > 15 Jahre
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1656 Punkte oder > 1104 Punkte mit komplexer OR-Prozedur oder mit kompliz. Konstellation, bestimmter OR-Prozedur und Alter < 16 Jahre oder bei Lymphom und Leukämie
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1104 P., mit kompliz. Konst. od. sehr kompl. Eingriff oder bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. oder ohne kompl. OR-Proz., mit int. Komplexbeh. > 1104 P., mit kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1105 bis 1656 P., außer bei Leukämie und Lymphom, ohne kompliz. Konstellation oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1104 P.
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

DRG	DRG-Text
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
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
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei Neubildung

DRG	DRG-Text
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, außer b. Neubildung od. ohne Strahlenther. > 8 Bestrahl., Alter < 6 Jahre od. Alt. < 18 J. m. großem intrakraniellen Eingr., m. äußerst schw. CC, b. Neubildung
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff, mit äußerst schweren CC, außer bei Neubildung
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie < 9 Bestrahlungen, komplizierender Konst., bestimmtem Eingriff, bei Neubildung oder mit großem intrakran. Eingr., Alter > 17 Jahre od. Alter > 5 J. u. < 18 J., ohne äußerst schwere CC
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, außer bei Neubildung, ohne großen intrakraniellen Eingriff, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC
B03A	Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetraplegie od. Eingriffe an Wirbelsäule u. Rückenmark b. bösart. Neubild. od. m. äußerst schweren od. schw. CC od. Eingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie m. äuß. schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
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
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder 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

DRG	DRG-Text
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte und < 1657 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
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 oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie 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, ohne intensitätsmodulierte Radiotherapie
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

DRG	DRG-Text
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtseplastiken
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
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
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingriff oder komplexem Eingriff oder bei angeborenem Herzfehler
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit HerzLungenMaschine in tiefer Hypothermie

DRG	DRG-Text
F06A	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff, oder mit Reoperation oder Infarkt, mit intraoperativer Ablation
F07Z	Andere Eingriffe mit HerzLungenMaschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F16Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit Reoperation, Infarkt oder intraoperativer Ablation
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F31Z	Andere Eingriffe mit HerzLungenMaschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F53A	Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F53B	Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G29B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

DRG	DRG-Text
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01Z	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie
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
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten 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 oder Komplexbehandlung der Hand
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität
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 oder Knochentotalersatz am Femur
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
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
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
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 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
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff 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
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane

DRG	DRG-Text
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
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
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konstell. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie währ. d. Gestationsperiode m. OR-Proz.
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden
P02C	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

DRG	DRG-Text
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 240 Stunden
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 signif. 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 signif. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 – 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 – 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 – 874 g mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
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, Aufnahmegeg. > 2499 g ohne signifik. 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
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

DRG	DRG-Text
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 > 828 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
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 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 > 15 Jahre
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie

DRG	DRG-Text
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkomplexer Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, ohne hochkomplexe Chemotherapie
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 6 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R63H	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIVKrankheit, 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	ORProzedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre oder ohne kompliz. Konst., außer b. Zustand n. Organtransplantation, m. komplexer Diagnose oder äußerst schw. CC, Alter < 16 J.
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 > 828 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 komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte

Tabelle A-2:

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

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
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
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
D13Z	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund
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 aufwändigem Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. ohne Mundboden- oder Vestib.plastik, Alter < 3 J.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung

DRG	DRG-Text
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus, außer komplexe Gleichgewichtsstörung
D61C	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörung, ohne Hörverlust oder Tinnitus
D62Z	Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
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
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne Osteotomie, ohne Muskel- / Gelenkplastik
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff
I20D	Eingriffe am Fuß, ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese, mit Eingriff an mehr als einem Strahl
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, ohne Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Knochentransplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese, Alter > 15 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff

DRG	DRG-Text
I53B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose oder andere Frakturen am Femur
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
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
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne komplexen Eingriff, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC
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 Urethrastriktor, 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
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02Z	Transurethrale Prostataresektion
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre

DRG	DRG-Text
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
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 außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik 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, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
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

DRG	DRG-Text
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
E87.0	Hyperosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.1	Hypoosmolalität und Hyponatriämie	Abwertung
E87.3	Alkalose	Streichung
E87.4	Gemischte Störung des Säure-Basen-Gleichgewichts	Abwertung
E87.5	Hyperkaliämie	Abwertung
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E87.7	Flüssigkeitsüberschuss	Streichung
E87.8	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
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
N30.0	Akute Zystitis	Abwertung

ICD 2006	ICD-Text	Status
N30.8	Sonstige Zystitis	Streichung
N30.9	Zystitis, nicht näher bezeichnet	Streichung
N39.3	Stressinkontinenz	Abwertung
N39.40	Reflexinkontinenz	Abwertung
N39.41	Überlaufinkontinenz	Abwertung
N39.42	Dranginkontinenz	Abwertung
N39.43	Extraurethrale Harninkontinenz	Abwertung
N39.48	Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz	Abwertung
Q00.0	Anenzephalie	Aufnahme
Q00.1	Kraniorhachischisis	Aufnahme
Q00.2	Inienzephalie	Aufnahme
Q01.0	Frontale Enzephalozele	Aufnahme
Q01.1	Nasofrontale Enzephalozele	Aufnahme
Q01.2	Okzipitale Enzephalozele	Aufnahme
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen	Aufnahme
Q02	Mikrozephalie	Aufnahme
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri	Aufwertung
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturales laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels	Aufwertung
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum	Aufnahme
Q04.1	Arrhinenzephalie	Aufnahme
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom	Aufnahme
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns	Aufnahme
Q04.4	Septooptische Dysplasie	Aufnahme
Q04.5	Megalenzephalie	Aufnahme
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten	Aufnahme
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.4	Nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Aufwertung

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Aufwertung
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus	Aufwertung
Q06.0	Amyelie	Aufnahme
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks	Aufnahme
Q06.2	Diastematomyelie	Aufnahme
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina	Aufnahme
Q06.4	Hydromyelie	Aufnahme
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks	Aufnahme
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom	Aufwertung
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems	Aufnahme
Q11.0	Zystenauge [cystic eyeball]	Aufnahme
Q11.1	Sonstiger Anophthalmus	Aufnahme
Q11.2	Mikrophthalmus	Aufnahme
Q11.3	Makrophthalmus	Aufnahme
Q20.0	Truncus arteriosus communis	Aufwertung
Q20.1	Rechter Doppelausstromventrikel [Double outlet right ventricle]	Aufwertung
Q20.2	Linker Doppelausstromventrikel [Double outlet left ventricle]	Aufwertung
Q20.3	Diskordante ventrikuloarterielle Verbindung	Aufwertung
Q20.5	Diskordante atrioventrikuläre Verbindung	Aufwertung
Q20.6	Vorhofisomerismus	Aufnahme
Q20.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen	Aufnahme
Q20.9	Angeborene Fehlbildung der Herzhöhlen und verbindender Strukturen, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
Q21.0	Ventrikelseptumdefekt	Aufwertung
Q21.2	Defekt des Vorhof- und Kammerseptums	Aufwertung
Q21.3	Fallot-Tetralogie	Aufwertung
Q21.4	Aortopulmonaler Septumdefekt	Aufwertung
Q21.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	Aufnahme
Q22.0	Pulmonalklappenatresie	Aufwertung
Q22.1	Angeborene Pulmonalklappenstenose	Aufwertung

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q23.4	Hypoplastisches Linksherzsyndrom	Aufwertung
Q24.0	Dextrokardie	Aufnahme
Q24.1	Lävokardie	Aufnahme
Q24.2	Cor triatriatum	Aufwertung
Q24.3	Infundibuläre Pulmonalstenose	Aufwertung
Q25.0	Offener Ductus arteriosus	Aufnahme
Q25.1	Koarktation der Aorta	Aufwertung
Q25.5	Atresie der A. pulmonalis	Aufwertung
Q25.6	Stenose der A. pulmonalis (angeboren)	Aufnahme
Q25.7	Sonstige angeborene Fehlbildungen der A. pulmonalis	Aufwertung
Q26.0	Angeborene Stenose der V. cava	Aufnahme
Q26.1	Persistenz der linken V. cava superior	Aufnahme
Q26.2	Totale Fehleinmündung der Lungenvenen	Aufnahme
Q26.3	Partielle Fehleinmündung der Lungenvenen	Aufnahme
Q26.4	Fehleinmündung der Lungenvenen, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
Q26.5	Fehleinmündung der Pfortader	Aufnahme
Q26.6	Fistel zwischen V. portae und A. hepatica (angeboren)	Aufnahme
Q27.0	Angeborenes Fehlen oder Hypoplasie der A. umbilicalis	Aufnahme
Q28.00	Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der präzerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.01	Angeborene arteriovenöse Fistel der präzerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.08	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der präzerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.10	Angeborenes Aneurysma der präzerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.11	Angeborene Fistel der präzerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.18	Sonstige angeborene Fehlbildungen der präzerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.20	Angeborenes arteriovenöses Aneurysma der zerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.21	Angeborene arteriovenöse Fistel der zerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.28	Sonstige angeborene arteriovenöse Fehlbildungen der zerebralen Gefäße	Aufnahme
Q28.30	Angeborenes Aneurysma der zerebralen Gefäße	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q28.31	Angeborene Fistel der zerebralen Gefäße	Aufnahme
Q31.0	Kehlkopfsegel	Aufnahme
Q31.1	Angeborene subglottische Stenose	Aufnahme
Q31.2	Hypoplasie des Kehlkopfes	Aufnahme
Q31.3	Laryngozele (angeboren)	Aufnahme
Q31.5	Angeborene Laryngomalazie	Aufnahme
Q31.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Kehlkopfes	Aufnahme
Q32.0	Angeborene Tracheomalazie	Aufnahme
Q32.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Trachea	Aufnahme
Q32.2	Angeborene Bronchomalazie	Aufnahme
Q32.3	Angeborene Bronchusstenose	Aufnahme
Q32.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Bronchien	Aufnahme
Q33.0	Angeborene Zystenlunge	Aufwertung
Q33.1	Akzessorischer Lungenlappen	Aufnahme
Q33.2	Lungensequestration (angeboren)	Aufwertung
Q33.3	Agenesie der Lunge	Aufwertung
Q33.5	Ektopisches Gewebe in der Lunge (angeboren)	Aufnahme
Q33.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Lunge	Aufnahme
Q35.1	Spalte des harten Gaumens	Aufnahme
Q35.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens	Aufnahme
Q37.0	Spalte des harten Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte	Aufnahme
Q37.1	Spalte des harten Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	Aufnahme
Q37.2	Spalte des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte	Aufnahme
Q37.3	Spalte des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	Aufnahme
Q37.4	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit beidseitiger Lippenspalte	Aufnahme
Q37.5	Spalte des harten und des weichen Gaumens mit einseitiger Lippenspalte	Aufnahme
Q39.0	Ösophagusatresie ohne Fistel	Aufnahme
Q39.1	Ösophagusatresie mit Ösophagotrachealfistel	Aufnahme
Q39.2	Angeborene Ösophagotrachealfistel ohne Atresie	Aufnahme
Q40.0	Angeborene hypertrophische Pylorusstenose	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q41.1	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Jejunums	Aufnahme
Q41.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Ileums	Aufnahme
Q41.8	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose sonstiger näher bezeichneter Teile des Dünndarmes	Aufnahme
Q42.1	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Rektums ohne Fistel	Aufnahme
Q42.2	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus mit Fistel	Aufnahme
Q42.3	Angeborene(s) Fehlen, Atresie und Stenose des Anus ohne Fistel	Aufnahme
Q43.40	Duplikatur des Dünndarmes	Aufnahme
Q43.41	Duplikatur des Kolons	Aufnahme
Q43.42	Duplikatur des Rektums	Aufnahme
Q43.5	Ektopia ani	Aufnahme
Q43.6	Angeborene Fistel des Rektums und des Anus	Aufnahme
Q43.7	Kloakenpersistenz	Aufnahme
Q44.0	Agnesie, Aplasie und Hypoplasie der Gallenblase	Aufnahme
Q44.2	Atresie der Gallengänge	Aufnahme
Q44.3	Angeborene Stenose und Striktur der Gallengänge	Aufnahme
Q44.6	Zystische Leberkrankheit [Zystenleber]	Aufnahme
Q45.0	Agnesie, Aplasie und Hypoplasie des Pankreas	Aufnahme
Q50.0	Angeborenes Fehlen des Ovars	Aufnahme
Q50.2	Angeborene Torsion des Ovars	Aufnahme
Q51.0	Agnesie und Aplasie des Uterus	Aufnahme
Q51.1	Uterus duplex mit Uterus bicollis und Vagina duplex	Aufnahme
Q51.2	Sonstige Formen des Uterus duplex	Aufnahme
Q51.5	Agnesie und Aplasie der Cervix uteri	Aufnahme
Q51.7	Angeborene Fisteln zwischen Uterus und Verdauungs- oder Harntrakt	Aufnahme
Q52.0	Angeborenes Fehlen der Vagina	Aufnahme
Q52.1	Vagina duplex	Aufnahme
Q52.2	Angeborene rektovaginale Fistel	Aufnahme
Q54.0	Glanduläre Hypospadie	Aufnahme
Q54.1	Penile Hypospadie	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q54.2	Penoskrotale Hypospadie	Aufnahme
Q54.3	Perineale Hypospadie	Aufnahme
Q55.0	Fehlen und Aplasie des Hodens	Aufnahme
Q55.1	Hypoplasie des Hodens und des Skrotums	Aufnahme
Q55.3	Atresie des Ductus deferens	Aufnahme
Q55.4	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Ductus deferens, des Nebenhodens, der Vesiculae seminales und der Prostata	Aufnahme
Q55.5	Angeborenes Fehlen und Aplasie des Penis	Aufnahme
Q55.6	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Penis	Aufnahme
Q56.0	Hermaphroditismus, anderenorts nicht klassifiziert	Aufnahme
Q56.1	Pseudohermaphroditismus masculinus, anderenorts nicht klassifiziert	Aufnahme
Q56.2	Pseudohermaphroditismus femininus, anderenorts nicht klassifiziert	Aufnahme
Q56.3	Pseudohermaphroditismus, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
Q56.4	Unbestimmtes Geschlecht, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
Q60.1	Nierenagenesie, beidseitig	Aufnahme
Q60.6	Potter-Syndrom	Aufnahme
Q61.1	Polyzystische Niere, autosomal-rezessiv	Aufnahme
Q61.2	Polyzystische Niere, autosomal-dominant	Aufnahme
Q62.0	Angeborene Hydronephrose	Aufnahme
Q62.1	Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters	Aufnahme
Q62.2	Angeborener Megaureter	Aufnahme
Q62.3	Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters	Aufnahme
Q62.4	Agenesie des Ureters	Aufnahme
Q62.7	Angeborener vesiko-uretero-renaler Reflux	Aufnahme
Q64.0	Epispadie	Aufnahme
Q64.1	Ekstrophie der Harnblase	Aufnahme
Q64.4	Fehlbildung des Urachus	Aufnahme
Q64.5	Angeborenes Fehlen der Harnblase und der Urethra	Aufnahme
Q65.0	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, einseitig	Aufnahme
Q65.1	Angeborene Luxation des Hüftgelenkes, beidseitig	Aufnahme
Q65.3	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, einseitig	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q65.4	Angeborene Subluxation des Hüftgelenkes, beidseitig	Aufnahme
Q65.6	Instabiles Hüftgelenk (angeboren)	Aufnahme
Q67.2	Dolichocephalie	Aufnahme
Q67.3	Plagiocephalie	Aufnahme
Q71.0	Angeborenes vollständiges Fehlen der oberen Extremität(en)	Aufnahme
Q71.1	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterarmes bei vorhandener Hand	Aufnahme
Q71.2	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterarmes als auch der Hand	Aufnahme
Q71.3	Angeborenes Fehlen der Hand oder eines oder mehrerer Finger	Aufnahme
Q71.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Radius	Aufnahme
Q71.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Ulna	Aufnahme
Q71.6	Spalthand	Aufnahme
Q71.8	Sonstige Reduktionsdefekte der oberen Extremität(en)	Aufnahme
Q72.0	Angeborenes vollständiges Fehlen der unteren Extremität(en)	Aufnahme
Q72.1	Angeborenes Fehlen des Ober- und Unterschenkels bei vorhandenem Fuß	Aufnahme
Q72.2	Angeborenes Fehlen sowohl des Unterschenkels als auch des Fußes	Aufnahme
Q72.3	Angeborenes Fehlen des Fußes oder einer oder mehrerer Zehen	Aufnahme
Q72.4	Longitudinaler Reduktionsdefekt des Femurs	Aufnahme
Q72.5	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Tibia	Aufnahme
Q72.6	Longitudinaler Reduktionsdefekt der Fibula	Aufnahme
Q72.7	Spaltfuß	Aufnahme
Q72.8	Sonstige Reduktionsdefekte der unteren Extremität(en)	Aufnahme
Q74.3	Arthrogryposis multiplex congenita	Aufnahme
Q75.0	Kraniosynostose	Aufnahme
Q75.1	Dysostosis craniofacialis	Aufnahme
Q75.2	Hypertelorismus	Aufnahme
Q75.3	Makrozephalie	Aufnahme
Q75.4	Dysostosis mandibulofacialis	Aufnahme
Q75.5	Okulo-mandibulo-faziales Syndrom	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q75.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen der Schädel- und Gesichtsschädelknochen	Aufnahme
Q76.1	Klippel-Feil-Syndrom	Aufnahme
Q76.3	Angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung	Aufnahme
Q77.0	Achondrogenesie	Aufnahme
Q77.1	Thanatophore Dysplasie	Aufnahme
Q77.2	Kurzripp-Polydaktylie-Syndrome	Aufnahme
Q77.3	Chondrodysplasia-punctata-Syndrome	Aufnahme
Q77.4	Achondroplasie	Aufnahme
Q77.5	Diastrophische Dysplasie	Aufnahme
Q77.6	Chondroektodermale Dysplasie	Aufnahme
Q77.7	Dysplasia spondyloepiphysaria	Aufnahme
Q77.8	Sonstige Osteochondrodysplasien mit Wachstumsstörungen der Röhrenknochen und der Wirbelsäule	Aufnahme
Q78.0	Osteogenesis imperfecta	Aufnahme
Q78.1	Polyostotische fibröse Dysplasie [Jaffé-Lichtenstein-Syndrom]	Aufnahme
Q78.2	Marmorknochenkrankheit	Aufnahme
Q78.3	Progrediente diaphysäre Dysplasie	Aufnahme
Q78.4	Enchondromatose	Aufnahme
Q78.5	Metaphysäre Dysplasie	Aufnahme
Q78.6	Angeborene multiple Exostosen	Aufnahme
Q78.8	Sonstige näher bezeichnete Osteochondrodysplasien	Aufnahme
Q79.0	Angeborene Zwerchfellhernie	Aufnahme
Q79.1	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Zwerchfells	Aufnahme
Q79.2	Exomphalus	Aufnahme
Q79.3	Gastroschisis	Aufnahme
Q79.4	Bauchdeckenaplasie-Syndrom	Aufnahme
Q79.6	Ehlers-Danlos-Syndrom	Aufnahme
Q79.8	Sonstige angeborene Fehlbildungen des Muskel-Skelett-Systems	Aufnahme
Q81.0	Epidermolysis bullosa simplex	Aufnahme
Q81.1	Epidermolysis bullosa atrophicans gravis	Aufnahme
Q81.2	Epidermolysis bullosa dystrophica	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q81.8	Sonstige Epidermolysis bullosa	Aufnahme
Q85.0	Neurofibromatose (nicht bösartig)	Aufnahme
Q85.1	Tuberöse (Hirn-) Sklerose	Aufnahme
Q85.8	Sonstige Phakomatosen, anderenorts nicht klassifiziert	Aufnahme
Q86.0	Alkohol-Embryopathie (mit Dysmorphien)	Aufnahme
Q86.1	Antiepileptika-Embryopathie	Aufnahme
Q86.2	Warfarin-Embryopathie	Aufnahme
Q86.8	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome durch bekannte äußere Ursachen	Aufnahme
Q87.0	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung des Gesichtes	Aufnahme
Q87.1	Angeborene Fehlbildungssyndrome, die vorwiegend mit Kleinwuchs einhergehen	Aufnahme
Q87.2	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vorwiegender Beteiligung der Extremitäten	Aufnahme
Q87.3	Angeborene Fehlbildungssyndrome mit vermehrtem Gewebewachstum im frühen Kindesalter	Aufnahme
Q87.4	Marfan-Syndrom	Aufnahme
Q87.5	Sonstige angeborene Fehlbildungssyndrome mit sonstigen Skelettveränderungen	Aufnahme
Q87.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungssyndrome, anderenorts nicht klassifiziert	Aufnahme
Q89.4	Siamesische Zwillinge	Aufnahme
Q90.0	Trisomie 21, meiotische Non-disjunction	Aufnahme
Q90.1	Trisomie 21, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Aufnahme
Q90.2	Trisomie 21, Translokation	Aufnahme
Q90.9	Down-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
Q91.0	Trisomie 18, meiotische Non-disjunction	Aufnahme
Q91.1	Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Aufnahme
Q91.2	Trisomie 18, Translokation	Aufnahme
Q91.3	Edwards-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
Q91.4	Trisomie 13, meiotische Non-disjunction	Aufnahme
Q91.5	Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Aufnahme
Q91.6	Trisomie 13, Translokation	Aufnahme
Q91.7	Patau-Syndrom, nicht näher bezeichnet	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q92.0	Vollständige Trisomie, meiotische Non-disjunction	Aufnahme
Q92.1	Vollständige Trisomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Aufnahme
Q92.2	Partielle Trisomie, Majorform	Aufnahme
Q92.3	Partielle Trisomie, Minorform	Aufnahme
Q92.4	Chromosomenduplikationen, die nur in der Prometaphase sichtbar werden	Aufnahme
Q92.5	Chromosomenduplikationen mit sonstigen komplexen Rearrangements	Aufnahme
Q92.6	Überzählige Marker-Chromosomen	Aufnahme
Q92.7	Triploidie und Polyploidie	Aufnahme
Q92.8	Sonstige näher bezeichnete Trisomien und partielle Trisomien der Autosomen	Aufnahme
Q93.0	Vollständige Monosomie, meiotische Non-disjunction	Aufnahme
Q93.1	Vollständige Monosomie, Mosaik (mitotische Non-disjunction)	Aufnahme
Q93.2	Ringchromosomen und dizentrische Chromosomen	Aufnahme
Q93.3	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 4	Aufnahme
Q93.4	Deletion des kurzen Armes des Chromosoms 5	Aufnahme
Q93.5	Sonstige Deletionen eines Chromosomenteils	Aufnahme
Q93.6	Deletionen, die nur in der Prometaphase sichtbar werden	Aufnahme
Q93.7	Deletionen mit sonstigen komplexen Rearrangements	Aufnahme
Q93.8	Sonstige Deletionen der Autosomen	Aufnahme
Q95.0	Balancierte Translokation und Insertion beim normalen Individuum	Aufnahme
Q95.1	Chromosomen-Inversion beim normalen Individuum	Aufnahme
Q95.2	Balanciertes Rearrangement der Autosomen beim abnormen Individuum	Aufnahme
Q95.3	Balanciertes Rearrangement zwischen Gonosomen und Autosomen beim abnormen Individuum	Aufnahme
Q95.4	Individuen mit Marker-Heterochromatin	Aufnahme
Q95.5	Individuen mit autosomaler Bruchstelle	Aufnahme
Q95.8	Sonstige balancierte Chromosomen-Rearrangements und Struktur-Marker	Aufnahme
Q96.0	Karyotyp 45,X	Aufnahme
Q96.1	Karyotyp 46,X iso (Xq)	Aufnahme

ICD 2006	ICD-Text	Status
Q96.2	Karyotyp 46,X mit Gonosomenanomalie, ausgenommen iso (Xq)	Aufnahme
Q96.3	Mosaik, 45,X/46,XX oder 45,X/46,XY	Aufnahme
Q96.4	Mosaik, 45,X/sonstige Zelllinie(n) mit Gonosomenanomalie	Aufnahme
Q96.8	Sonstige Varianten des Turner-Syndroms	Aufnahme
Q97.0	Karyotyp 47,XXX	Aufnahme
Q97.1	Weiblicher Phänotyp mit mehr als drei X-Chromosomen	Aufnahme
Q97.2	Mosaik, Zelllinien mit unterschiedlicher Anzahl von X-Chromosomen	Aufnahme
Q97.3	Weiblicher Phänotyp mit Karyotyp 46,XY	Aufnahme
Q97.8	Sonstige näher bezeichnete Anomalien der Gonosomen bei weiblichem Phänotyp	Aufnahme
Q98.0	Klinefelter-Syndrom, Karyotyp 47,XXY	Aufnahme
Q98.1	Klinefelter-Syndrom, männlicher Phänotyp mit mehr als zwei X-Chromosomen	Aufnahme
Q98.2	Klinefelter-Syndrom, männlicher Phänotyp mit Karyotyp 46,XX	Aufnahme
Q98.3	Sonstiger männlicher Phänotyp mit Karyotyp 46,XX	Aufnahme
Q98.5	Karyotyp 47,XYY	Aufnahme
Q98.6	Männlicher Phänotyp mit Strukturanomalie der Gonosomen	Aufnahme
Q98.7	Männlicher Phänotyp mit Gonosomen-Mosaik	Aufnahme
Q98.8	Sonstige näher bezeichnete Anomalien der Gonosomen bei männlichem Phänotyp	Aufnahme
Q99.0	Chimäre 46,XX/46,XY	Aufnahme
Q99.1	Hermaphroditismus verus mit Karyotyp 46,XX	Aufnahme
Q99.2	Fragiles X-Chromosom	Aufnahme
Q99.8	Sonstige näher bezeichnete Chromosomenanomalien	Aufnahme

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre
A66Z	Evaluiierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff, mit äußerst schweren CC, außer bei Neubildung
B06A	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre
B17B	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexem Ingr.
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
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
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B64Z	Delirium
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung

DRG	DRG-Text
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B69E	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne intrakranielle Blutung oder ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierter intrakranieller Blutung
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B73Z	Virusmeningitis
B75A	Fieberkrämpfe, Alter < 1 Jahr
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
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre

DRG	DRG-Text
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C18Z	Große Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva
C20A	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre
D05A	Komplexe Parotidektomie
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
D13Z	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund
D17Z	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel
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
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus, außer komplexe Gleichgewichtsstörung
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung
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
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden oder Alter < 16 Jahre, mit ARDS oder äußerst schweren CC
E62B	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre

DRG	DRG-Text
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre
E77B	Andere Infektionen u. Entzündungen d. Atmungsorgane m. kompl. Diagnose u. äußerst schw. od. schw. CC od. b. Z.n. Organtranspl., ohne angeb. Fehlbildungssyndrom, ohne Komplexbeh. b. multires. Erregern, ohne intensivmed. Komplexb. im Kindesalter > 72 Std.
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
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 bei Para- / Tetraplegie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F23Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne Reoperation, ohne Infarkt
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne komplizierenden Eingriff, Alter > 15 Jahre
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal
F53B	Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff

DRG	DRG-Text
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose
F72A	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
G07A	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
G07B	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur
G16A	Komplexe Rektumresektion mit bestimmter Lebermetastasen Chirurgie oder komplizierender Konstellation
G21A	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G22A	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre
G23C	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
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
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung, Alter <18 Jahre oder Alter >69 Jahre

DRG	DRG-Text
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
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC und photodynamische Therapie
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
I02B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation, mit äußerst schweren CC oder mit schw. CC und komplexer OR-Prozedur
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes 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
I06E	Verschiedenartige komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose, äußerst schweren CC oder bei Zerebralparese oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, Alter < 16 Jahre
I10B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I15A	Operationen am Hirn und Gesichtsschädel, Alter < 16 Jahre
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, ohne Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Knochen- transplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese, Alter > 15 Jahre
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I32E	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne komplexen Eingriff, außer bei angeborener Anomalie der Hand, ohne komplexe Diagnose, mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 6 Jahre
I43A	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk, mit äußerst schweren CC
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/ -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I56B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Implantation eines interspinösen Spreizers
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 74 Jahre
I64C	Osteomyelitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre und Alter < 75 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie

DRG	DRG-Text
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne mehrere komplexe Diagnosen, ohne komplexe Diagnose oder ohne Dialyse, mit äußerst schweren CC
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung 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 bei Para- / Tetraplegie oder mit komplexem Eingriff
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose, m. zusätzl. Ingr. An Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. Od. Ingr. An d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. B. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC
J67A	Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC

DRG	DRG-Text
J67B	Leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC oder Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
K04B	Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff
K10B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler 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
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
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 Dialyseshunt
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL) oder perkutane Thermoablation der Niere
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 6 Jahre
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 Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Belegtag oder Beschwer. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre
L69D	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M06Z	Andere ORProzeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, ohne 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
N11B	Andere ORProzeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit schweren CC oder CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
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
O04Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur
O06B	Intrauterine Therapie des Feten ohne Lasertherapie
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 240 Stunden
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 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
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P62E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre
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
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
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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 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 > 15 Jahre
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkomplexer Chemotherapie
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie

DRG	DRG-Text
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63I	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S64Z	Andere HIV-Krankheit
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T60F	Sepsis, verstorben < 8 Tage nach Aufnahme
T61A	Postoperative und posttraumatische Infektionen mit komplizierender Konstellation 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
T63B	Virale Erkrankung bei Infektion mit Zytomegalieviren außer bei Zustand nach Organtransplantation
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U63Z	Schwere affektive Störungen
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A07C	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2208 Punkte
A09E	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung od. Tumorerkrankung od. Alter > 2 Jahre, ohne kompliz. Konstell., Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1380 Punkte, mit komplexer Diagnose
A09F	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeb. Fehlbildung od. Tumorerkrankung od. Alter > 2 Jahre, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1380 Punkte, ohne komplexe Diagnose
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre
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
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, außer b. Neubildung od. ohne Strahlenther. > 8 Bestrahl., Alter < 6 Jahre od. Alt. < 18 J. m. großem intrakraniellen Eingr., m. äußerst schw. CC, b. Neubildung
B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B06B	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische 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
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mit äußerst schweren CC
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit intrakranieller Blutung
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mit intrakranieller Blutung, ohne komplizierte intrakranielle Blutung oder mit systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, ohne systemische Thrombolyse, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, mit komplexer Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C14Z	Andere Eingriffe am Auge
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Andere Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
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
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne komplexe Diagnose
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D18Z	Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
E01C	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit anderem komplexen Eingriff am Thorax außer Enderarteriektomie der A. pulmonalis
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter < 10 Jahre
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre und < 16 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter < 16 Jahre
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
F01A	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne HerzLungenMaschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 3 Jahre
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne HerzLungenMaschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei Implantation eines Ereignisrekorders
F19C	Andere perkutantransluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F46B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage od. mehr als 2 Belegungstage ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre od. mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schw. CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping

DRG	DRG-Text
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne komplexen Eingriff
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere oder schwere CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
F95B	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter > 18 Jahre
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff, komplizierender Konstellation oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G17Z	Andere Rektumresektion
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H06Z	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
I02C	Gewebe- / Hauttransplant., auß. an d. Hand, mit kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lok. od. mit schw. Weichteilsch., m. schw. CC od. m. kompl. Gewebetranspl. m. äuß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz. od. m. kompl. Gew.transpl., m. schw. CC, m. kompl. OR-Proz.
I06B	Verschiedenartige komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk u. Femur mit Mehrfacheingr., kompl. Proz. od. Diagn. od. äußerst schw. CC od. Ersatz d. Hüftgelenkes m. Eingr. an ober. Extremität od. Wirbelsäule, mit Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik b. Zerebralparese od. Kontraktur
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik
I09B	Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC mit anderer Kyphoplastie oder mit schweren CC, ohne andere Kyphoplastie oder mit komplexer Kyphoplastie, allogener Knochentransplantation oder Implantation eines Schrauben-Stabsystems
I09C	Wirbelkörperfusion ohne äußerst schw. od. schw. CC od. ohne schw. CC mit and. Kyphoplastie, ohne allog. Knochentranspl., ohne Impl. eines Schrauben-Stabsyst., m. kompl. Wirbelsäulenosteosynthese, b. Para- / Tetrapl. od. m. Wirbelkörperersatz d. Implantat
I19A	Komplexe Wirbelkörperfusion oder Wirbelkörperaufrichtung ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
I19B	Komplexe Wirbelkörperfusion oder Wirbelkörperaufrichtung ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I20D	Eingriffe am Fuß, ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation, ohne Implantation einer Zehngelenkendoprothese, mit Eingriff an mehr als einem Strahl
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk

DRG	DRG-Text
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I79Z	Fibromyalgie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie
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
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie
K03Z	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
K13Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes
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
K60B	Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, Alter > 10 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen d. Harnorgane, Alter < 2 J. od. mit äußerst schw. CC, mit Anlage eines Dialyseshunt od. Alter > 1 J., ohne äußerst schw. CC, ohne Anl. eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. m. Dialyse

DRG	DRG-Text
L13B	Nieren, Ureter und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter < 76 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
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
M05Z	Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N01E	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit äußerst schweren CC
N03B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 874 g mit signifikanter OR-Prozedur
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

DRG	DRG-Text
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
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
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S60Z	HIVKrankheit, ein Belegungstag
V60C	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Entzugssyndrom
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen

Tabelle A-4-3:

527 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 ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, mit komplexer OR-Prozedur
901C	Ausgedehnte ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, mit anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule, Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie
901D	Ausgedehnte ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne anderen Eingriff an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
902Z	Nicht ausgedehnte ORProzedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
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
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre
A07D	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit kompl. OR-Proz. od. Polytrauma od. int. Komplexbeh. > 3220 P., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., oder ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, mit kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2209 - 3220 P. oder Alter < 16 J.
A09D	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit intensivmed. Komplexbehandlung 1381 bis 2208 Punkte
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeb. Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 1656 Punkte, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
A11F	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre
A11G	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1105 bis 1656 P., außer bei Leukämie und Lymphom, ohne kompliz. Konstellation oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1104 P.
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr, mit bestimmter OR-Proz. oder kompliz. Konstellation oder intensivmediz. Komplexbeh. 553 bis 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 552 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, mit komplexer Diagnose oder PTCA
A13G	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 552 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, ohne komplexe Diagnose oder PTCA
A36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie < 9 Bestrahlungen, komplizierender Konst., bestimmtem Eingriff, bei Neubildung oder mit großem intrakran. Eingr., Alter > 17 Jahre od. Alter > 5 J. u. < 18 J., ohne äußerst schwere CC
B03A	Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetraplegie od. Eingriffe an Wirbelsäule u. Rückenmark b. bösart. Neubild. od. m. äußerst schweren od. schw. CC od. Eingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie m. äuß. schw. CC, b. Para- / Tetrapl.

DRG	DRG-Text
B04A	Interventionelle und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04D	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
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie 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 Ventrikelschuntes
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre
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
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation

DRG	DRG-Text
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B70C	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., m. intrakranieller Blutung, ohne komplizierte intrakr. Blutung od. m. systemischer Thrombolyse od. m. anderer neurol. Komplexbeh. d. akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.
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 oder Komplexbehandlung der Hand, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 80 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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

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
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
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr
B78C	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose
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
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnäher, oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnäher, Alter > 15 Jahre
C05Z	Dakryozystorhinostomie
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
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
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen, ohne intensitätsmodulierte Radiotherapie
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
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
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
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis und Epiglottitis

DRG	DRG-Text
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
E02A	Anderer OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwändigem Eingriff
E02C	Anderer OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, mit mäßig komplexem Eingriff
E05A	Anderer große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05B	Anderer große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
E06A	Anderer Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
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
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden, Alter > 15 Jahre, mit ARDS oder äußerst schweren CC
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden, ohne ARDS, ohne äußerst schwere CC
E62A	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder mit komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E63Z	Schlafapnoesyndrom
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
E65A	Chronischobstruktive 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
E65B	Chronischobstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr
E65C	Chronischobstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
E66Z	Schweres Thoraxtrauma
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag u. Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren od. schw. CC, Alt. > 0 J., außer b. Para- / Tetraplegie od. ein Belegungstag od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J., m. 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
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
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
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC
E77A	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit angeb. Fehlbildungssyndrom od. m. kompl. Diagnose od. äußerst schw. CC od. b. Z.n. Organtransplant., m. Komplexbeh. b. multiresist. Erregern od. intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std.

DRG	DRG-Text
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer b. Z.n. Organtransplant., ohne angeb. Fehlbildungssyndr. m. kompl. Diagnose od. äußerst schw. CC, ohne Komplexbeh. b. multiresist. Erregern, ohne intensivmed. Komplexb. im Kindesalt. > 72 Std.
E77F	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne angeborenes Fehlbildungssyndrom, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
F01B	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01C	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F01D	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01E	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F01F	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F01G	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation oder Aggregat- und Sondenwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit HerzLungenMaschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff, oder mit Reoperation oder Infarkt, mit intraoperativer Ablation
F06B	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intraoperative Ablation
F08Z	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungenMaschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, mit komplexem Eingriff
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei Implantation eines Ereignisrekorders
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
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 komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre, mit äußerst schweren CC
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F16Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit Reoperation, Infarkt oder intraoperativer Ablation
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, mit komplexer Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F33A	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation mit äußerst schweren CC
F33B	Große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation ohne äußerst schwere CC
F34A	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungen-Maschine mit äußerst schweren CC
F34B	Andere große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungen-Maschine ohne äußerst schwere CC
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F38Z	Mäßig komplexe rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne HerzLungen-Maschine
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC
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 äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, mit komplexem Eingriff
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, mit komplizierendem Eingriff, mit äußerst schweren CC
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, mit komplizierendem Eingriff, ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal
F53A	Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff

DRG	DRG-Text
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
F57Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention ohne äußerst schwere CC
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Intervention
F59A	Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne komplizierende 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
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren oder schweren CC
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F67B	Hypertonie mit schweren CC
F67D	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71C	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F72B	Instabile Angina pectoris mit schweren CC
F72C	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC
F73Z	Synkope und Kollaps
F74Z	Thoraxschmerz
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter < 19 Jahre
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. Konst., außer b. bösart. Neubild., mit Eingr. bei angebor. Fehlbildung, Alter < 2 J.
G04A	Adhäsiolyse 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
G04B	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 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
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G13Z	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC
G16B	Komplexe Rektumresektion ohne bestimmte Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende Konstellation
G18B	Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm m. kompl. Eingr. od. and. Eingr. an Magen, Ösophagus u. Duodenum ohne kompliz. Konst., außer b. bösart. Neubild., Alt. <3 J., ohne Eingr. b. angebor. Fehlbild. od. Alt. >1 J., ohne Lebermetastasenchir., ohne kompliz. Diagn.
G18C	Eingriffe an Dünn- u. Dickdarm ohne Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexen Eingriff
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
G21B	Adhäsionolyse 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
G22B	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre
G22C	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre
G23A	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre
G23B	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 14 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
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
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern
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

DRG	DRG-Text
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
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach 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
G64C	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und Alter < 70 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
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC, Alter > 2 Jahre
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
H01Z	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40Z	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie, Alter < 3 Jahre
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, oder andere ERCP
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis

DRG	DRG-Text
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02D	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
I04Z	Revision oder Ersatz des Kniegelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen
I05Z	Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I06C	Verschiedenartige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, außer bei schwerer entzündlicher Erkrankung, oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entzündlicher Erkrankung, mit äußerst schweren CC
I06D	Verschiedenartige komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung, mit äußerst schweren CC
I07A	Amputation mit äußerst schweren CC
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, kompl. Proz. od. Diagnose, äußerst schw. CC od. bei Zerebralparese oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität od. Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre od. bei Para- / Tetraplegie
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC oder mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne Osteotomie, ohne Muskel- / Gelenkplastik
I09A	Wirbelkörperperfusion mit äußerst schweren CC, ohne andere Kyphoplastie

DRG	DRG-Text
I09D	Wirbelkörperfusion ohne äußerst schw. oder schw. CC od. ohne schw. CC mit and. Kyphopl., ohne allog. Knochentranspl., ohne Impl. eines Schrauben-Stabsyst., ohne kompl. Wirbelsäulenosteosynth., außer b. Para- / Tetrapl., ohne Wirbelkörperers. d. Implantat
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
I12A	Knochen und Gelenkinfektion / entzündung mit verschiedenen Eingriffen am MuskelSkelettSystem und Bindegewebe mit äußerst schweren CC
I12B	Knochen und Gelenkinfektion / entzündung mit verschiedenen Eingriffen am MuskelSkelettSystem und Bindegewebe mit schweren CC oder Revision des Kniegelenkes
I12C	Knochen und Gelenkinfektion / entzündung mit verschiedenen Eingriffen am MuskelSkelettSystem und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Revision des Kniegelenkes
I13A	Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, mit Mehrfacheingriff, beidseitigem Eingriff, komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
I13B	Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
I15B	Operationen am Hirn und Gesichtsschädel, Alter > 15 Jahre
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder mit hochkomplexem Eingriff mit komplexer Diagnose
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder mit komplexem Eingriff mit komplexer Diagnose
I20C	Eingriffe am Fuß mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden, ohne komplexe Diagnose oder ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, mit Knochentransplantation oder Implantation einer Zehengelenkendoprothese
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, ohne Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Knochentransplantation, ohne Implantation einer Zehengelenkendoprothese, Alter < 16 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm

DRG	DRG-Text
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne komplexe Gewebetransplantation mit schweren CC
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I25Z	Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschließlich Biopsie
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung, mit schweren CC
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC, ohne Osteotomie oder ohne Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
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 oder Komplexbehandlung der Hand
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbehandlung der Hand, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand, Alter > 5 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne komplexen Eingriff, außer bei angeborener Anomalie der Hand, ohne komplexe Diagnose, mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 5 Jahre
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

DRG	DRG-Text
I43B	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk, ohne äußerst schwere CC
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochentransplantation
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrolyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrolyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I53A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, bei Para- / Tetraplegie
I53B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie
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
I57A	Mäßig komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit Mehrfacheingriff
I57B	Mäßig komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne Mehrfacheingriff, 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
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

DRG	DRG-Text
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Diagnose, mit mehreren komplexen Diagnosen oder mit komplexer Diagnose und Dialyse, ohne äußerst schwere CC
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne mehrere komplexe Diagnosen, ohne komplexe Diagnose oder ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
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
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
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02B	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus od. Infektion / Entzündung u. ausgedehnte Lymphadenektomie, m. äußerst schweren CC außer b. Para- / Tetraplegie, ohne komplexen Eingr. od. ohne äußerst schw. CC, mit kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung und ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC
J03B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals, ohne komplexe Prozedur, mit äußerst schweren CC
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schwere CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, mit mäßig komplexer Prozedur
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne mäßig komplexe Prozedur
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
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
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
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
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma

DRG	DRG-Text
K01B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mit Gefäßeingriff
K01C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K11Z	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, mit zusätzlicher Parathyreoidektomie oder äußerst schweren oder schweren CC
K12Z	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne zusätzliche Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K62Z	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre, mit komplexer Diagnose
K64C	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre mit komplexer Diagnose, äußerst schweren CC oder komplexer Radiojoddiagnostik
K64D	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Radiojoddiagnostik
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff
L04C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC
L09A	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit akuter Niereninsuffizienz od. m. chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, m. Anlage eines Dialyseshunt oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, außer Anlage eines Dialyseshunts, ohne Kalziphylaxie

DRG	DRG-Text
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L13A	Nieren, Ureter und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) oder andere Eingriffe an der Urethra, mit komplexem Eingriff oder bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne komplexen Eingriff, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre
L69C	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M02Z	Transurethrale Prostataresektion

DRG	DRG-Text
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeral Eingriff
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit schweren CC oder CC
N03A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
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
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N11A	Andere ORProzeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit äußerst schweren CC
N11C	Andere ORProzeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne CC
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, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie

DRG	DRG-Text
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konstell. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie währ. d. Gestationsperiode m. OR-Proz.
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
O62Z	Drohender Abort
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren o- der schweren CC
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen, ohne Beatmung > 120 Stunden
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Prob- leme
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 (Min- destverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR- Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g mit signifikanter OR- Prozedur

DRG	DRG-Text
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
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
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
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne CC, 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
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, ohne hochkomplexe Chemotherapie
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen

DRG	DRG-Text
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne äußerst schwere CC
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
T01A	ORProzedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T01B	ORProzedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis
T01C	ORProzedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne kompliz. Konst., außer b. Zustand nach Organtransplantation, mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. CC, Alter > 15 J.
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T61B	Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose
T63C	Andere virale Erkrankungen
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen

DRG	DRG-Text
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, mit Entzugssyndrom
V61Z	Drogenintoxikation und entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen und Medikamentenabhängigkeit
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma
W61Z	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schweren CC
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne komplizier. Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen

DRG	DRG-Text
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
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., ohne hochkompl. Eingr., ohne vierzeitige best. OR-Proz., ohne intens. Komplexb. > 552 P., m. 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 komplizier. Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Punkte
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z01Z	ORProzeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne komplexe Radiojoddiagnostik
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2008	Anzahl DRGs 2009	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	62	64	+ 3
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	108	111	+ 3
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	30	33	+ 10
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	58	58	0
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	61	63	+ 3
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	130	144	+ 11
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	75	79	+ 5
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	33	35	+ 6
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	130	140	+ 8
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	47	52	+ 11
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	40	42	+ 5
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	65	68	+ 5
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	24	25	+ 4
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	35	37	+ 6
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	26	26	0
15	MDC 15 Neugeborene	42	43	+ 2
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	51	51	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2008	Anzahl DRGs 2009	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	8	8	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	21	21	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	11	11	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	7	8	+ 14
21A	MDC 21A Polytrauma	12	12	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	10	10	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	11	11	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		1.137	1.192	5