

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2010

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 18. Dezember 2009

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	3
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	3
2.2 Datenaufbereitung	4
2.3 Ableitung der Klassifikation	5
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	7
2.5 Zusatzentgelte	8
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	9
3 G-DRG-SYSTEM 2010	11
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	11
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	13
3.2.1 Datenbasis	13
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	13
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	19
3.2.2 Vorschlagsverfahren	20
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	20
3.2.2.2 Beteiligung	21
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	22
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	24
3.3.1 Anpassung der Methodik	24
3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	24
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	33
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	35
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	38
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	40
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	41
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	43
3.3.2.1 Alkohol- und Drogengebrauch	43
3.3.2.2 Augenheilkunde	43
3.3.2.3 Epilepsie	44
3.3.2.4 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	44
3.3.2.5 Extremkostenfälle	46
3.3.2.6 Frührehabilitation	47
3.3.2.7 Geburtshilfe	47

3.3.2.8	Geriatric	49
3.3.2.9	Handchirurgie	49
3.3.2.10	Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen	50
3.3.2.11	Intensivmedizin	53
3.3.2.12	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	55
3.3.2.13	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Kinderkardiologie und -herzchirurgie	56
3.3.2.14	Onkologie	58
3.3.2.15	Parkinson-Syndrom	60
3.3.2.16	Polytrauma	60
3.3.2.17	Querschnittlähmung	61
3.3.2.18	Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	62
3.3.2.19	Schlaganfall	62
3.3.2.20	Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie	63
3.3.2.21	Versorgung von Kindern	67
3.3.3	Bewertung bisher unbewerteter Leistungen	70
3.3.4	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	70
3.3.5	Formale Änderungen	74
3.3.5.1	Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit	74
3.3.5.2	Sortierung	78
3.3.6	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	79
3.3.6.1	Überleitung auf die ab 1. Januar 2010 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	79
3.3.6.2	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	80
3.3.6.3	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	82
3.3.6.4	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	84
3.3.7	Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien	85
3.4	Statistische Kennzahlen	86
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	86
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	86
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	86
3.4.1.3	Zusatzentgelte	87
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	90
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	93
3.4.4	Analyse der Verweildauer	98
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2006, 2007 und 2008	98
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	100
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	106
	ANHANG	107

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 Exzision 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)
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
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
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
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 2010 hat sich – gemessen an der statistischen Größe der Homogenität – noch einmal verbessert.

Den 253 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

Dieser Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010. 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 2010 (Vorschlagsverfahren 2010)“ 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. Dadurch 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. Von den leicht gestiegenen Voraussetzungen zur erfolgreichen Teilnahme an der Kostenkalkulation unbeeindruckt haben die Kalkulationskrankenhäuser erneut erfolgreich eine Stichprobe mit guter Datenqualität abgeliefert.

Die an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäuser erhalten für ihr Engagement eine gesetzlich verankerte, pauschalierte Vergütung. Dafür wurde mit dem DRG-Systemzuschlag 2009 ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,70 € erhoben. Damit zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern 2009 eine pauschalierte Vergütung mit einem Gesamtvolumen von rund 9,6 Mio. €.

Mit einem gemeinsamen Grundsatzbeschluss haben der 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 14. August 2009 den Entwurf eines G-DRG-Systems für 2010 vor. Nach Abschluss der Beratungen der Selbstverwaltungspartner schlossen diese am 23. September 2009 die „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2010 – FPV 2010)“ ab.

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 ausschließlich in Browser-Form auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) zum Herunterladen zur Verfügung stehen.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Dr. Martin Braun
Abteilungsleiter Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter Ökonomie

Siegburg, im Dezember 2009

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 2010 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, krankenhausbezogene Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „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 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 Daten gem. § 21 KHEntgG führt die 3M Medica HIS in Neuss (im Folgenden als „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 Daten gem. § 21 KHEntgG.

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

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

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

Datenprüfung

Die von den Krankenhäusern übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen. Die vom InEK vorgegebene technische Datenprüfung („Fehlerverfahren“) führte die 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 wesentlichen Schritte zur Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden in Kapitel 3.3.1.1 dargestellt. Die Kalkulationskrankenhäuser erhielten zu jeder Datenlieferung einen detaillierten Bericht über das Ergebnis der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen mit der Aufforderung, eine Korrekturlieferung vorzunehmen bzw. plausible Erläuterungen für die markierten Auffälligkeiten zu übermitteln.

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 Daten gem. § 21 KHEntgG die Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ aufgenommen. Damit konnten 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 01.01.2008 aufgenommen, aber erst 2008 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 2008 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.

2.3 Ableitung der Klassifikation

Berechnung der Verweildauergrößen

Die Fallpauschalenvergütung 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 wurde unverändert aus dem Vorjahr übernommen.

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 abweichender Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten wurde die Bezugsgröße zur Ableitung der Bewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt.

Für die G-DRG-Version 2010 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 3.3.1.6 näher erläutert.

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

- Bei Versorgung durch Hauptabteilungen errechnet sich die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen 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 2010 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 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden Leistungen auf eine Vergütung über Zusatzentgelte untersucht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

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

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

Die ausgewählten hoch spezialisierten Leistungen werden nach folgenden Gruppen unterschieden:

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

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 Leis-

tungen, 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 Kostenstellengruppe 3 (Dialyse) – unter Berücksichtigung der Angaben über Anzahl bzw. Durchführungsdauer des jeweiligen Verfahrens – die Berechnungsgrundlage für das Zusatzentgelt. Die Kosten der 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 Kodes werden nicht berücksichtigt.
- Die Kodes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet.
- Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet.

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.6.

3 G-DRG-System 2010

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2010 umfasst insgesamt 1.200 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2010	1.200	+ 8
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.154	+ 8
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	41	0
davon rein teilstationäre DRGs	5	0

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2010

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2010) befinden sich 81 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 74). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2010) liegt bei 62 (Vorjahr: 53).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 19,6 Mio. Fällen aus 1.704 Krankenhäusern übermittelt. Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 253 um zwei höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,3 Mio. Fälle und ist im Vergleich zum Vorjahr um 6% angestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung bezogen sich auf folgende Themengebiete:

- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

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 Leistungen anerkannt wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder durch klassifikatorische Änderungen in das G-DRG-System integriert. Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten gelang es in diesem Jahr bei drei Leistungen, diese in die Fallgruppensystematik zu integrieren. Die „endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese“, als Teil einer NUB-Kategorie, wurde durch die Etablierung der DRG F98Z *Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz* im G-DRG-System 2010 abgebildet.

- **Kinderintensivmedizin**

Analysen im Bereich der Intensivmedizin führten zu einer weiteren Verbesserung der Abbildung von kinderintensivmedizinisch versorgten Fällen in der MDC 04 (DRG E40A und E77A) wie auch erstmals in der operativen Partition der MDC 06 (DRG G03A und G38Z). Damit werden ab 2010 intensivmedizinisch versorgte Kinder nunmehr in vier DRGs abgebildet. Zusätzlich wurde der bisher nach einer Behandlungsdauer in Stunden unterteilte OPS-Kode auf eine Differenzierung nach Aufwandspunkten, denen ein speziell entwickeltes Score-System zugrunde liegt, umgestellt.
- **Pädiatrie**

Neben der Etablierung von 4 neuen Kinder-Alterssplits führten auch weitergehende Analysen in der MDC 13 zu einer Aufwertung plastischer Rekonstruktionen von Vagina und Vulva, die u.a. bei kinderchirurgischen Fällen mit adrenogenitalem Syndrom durchgeführt werden. Für den Bereich der medikamentösen Therapien konnten bei drei neuen bewerteten und vier neuen unbewerteten Zusatzentgelten Kinderdosisklassen etabliert werden.
- **Sekundäre Sectio**

Das Thema „Sekundäre Sectio“ war bereits im Vorjahr Gegenstand zahlreicher Analysen, die im Ergebnis auf die Notwendigkeit einer verbesserten Abbildung einer sekundären gegenüber einer primären Sectio hinwiesen. Nach Einführung der Kodierrichtlinie 1525h *Primärer und sekundärer Kaiserschnitt* im letzten Jahr wurden nun für die G-DRG Version 2010 Splits innerhalb der Basis-DRG O01 mit dem Leistungsbezeichner „Sekundäre Sectio“ etabliert.
- **Bewertung bisher unbewerteter Leistungen**

Intensive Bestrebungen bezüglich einer möglichen Abbildung von Leistungen im G-DRG-System, für die bisher krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden mussten, führten zu einer bundesweit einheitlichen Pauschalierung der DRG K04A *Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff*, die damit aus Anlage 3a (nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete vollstationäre Leistungen) zurückgeführt werden konnte. Darüber hinaus konnten zahlreiche bisher in dem unbewerteten Zusatzentgelt *Sonstige Dialyse* enthaltene Leistungen in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2010 eingegliedert werden.
- **Transparenz, Nachvollziehbarkeit, 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 ausschließlich in Form einer Tabellendarstellung in den Definitionshandbüchern. Dabei wurden alle notwendigen ausführlichen Informationen der Listendarstellung integriert und somit die Transparenz der einzelnen Fallgruppendefinitionen beibehalten sowie die Übersichtlichkeit erhöht. Weiterhin erfolgten Umbenennungen von Basis-DRGs, wobei der Schwerpunkt auf der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* 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.

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 2009	G-DRG-System 2010	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7426	0,7443	0,2
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8366	0,8430	0,8

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2009 und im G-DRG-System 2010
(Datenbasis: Datenjahr 2008)

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) für das Datenjahr 2008 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 Datenstelle und vor Durchführung von Datenprüfungen durch das InEK wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.704	253
Anzahl Betten	475.273	102.138
Anzahl Fälle	19.622.738	4.539.763

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen, Datenerhebung 2008 (Stand: 3. Juni 2009)

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

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 1.704 Krankenhäusern bzw. 253 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 stellt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser dar.

Die in die Erhebung von 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.

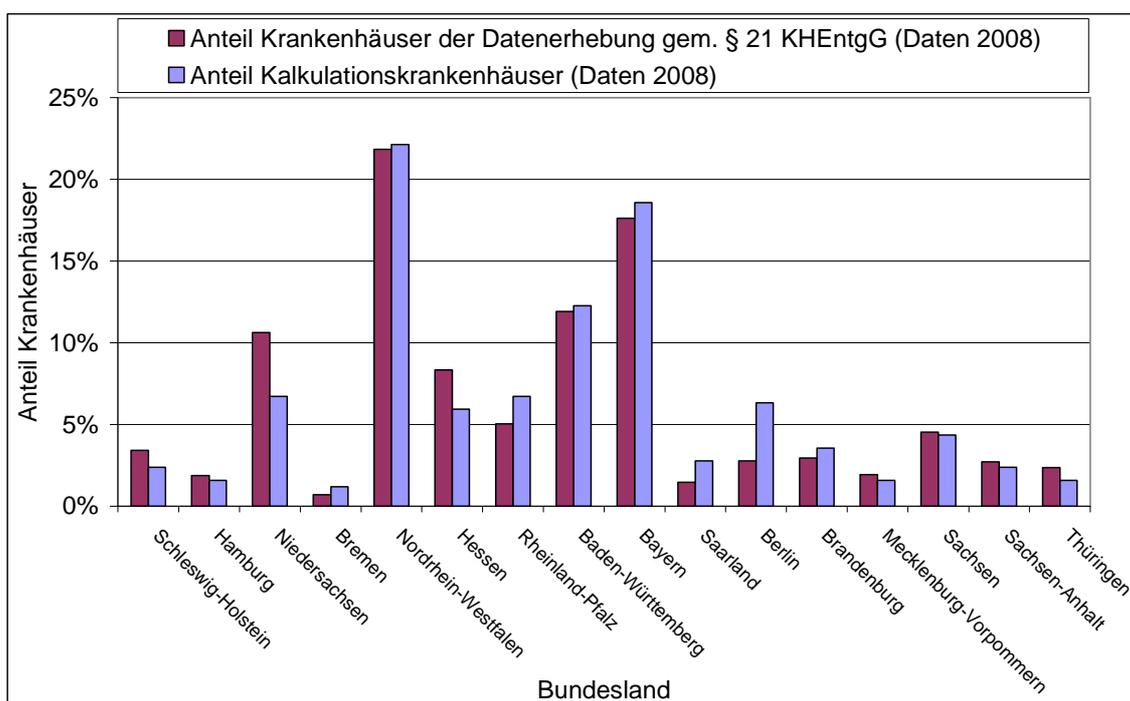


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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 zum Vorjahr ist der Anteil kleinerer Krankenhäuser bis 100 Betten bei den Kalkulationskrankenhäusern gestiegen, während der Anteil der Krankenhäuser mit 101–300 Betten gesunken ist. Die Anteile größerer Kalkulationskrankenhäuser (mit

mehr als 300 Betten) sind im Vergleich der Datenjahre 2007 und 2008 insgesamt ähnlich.

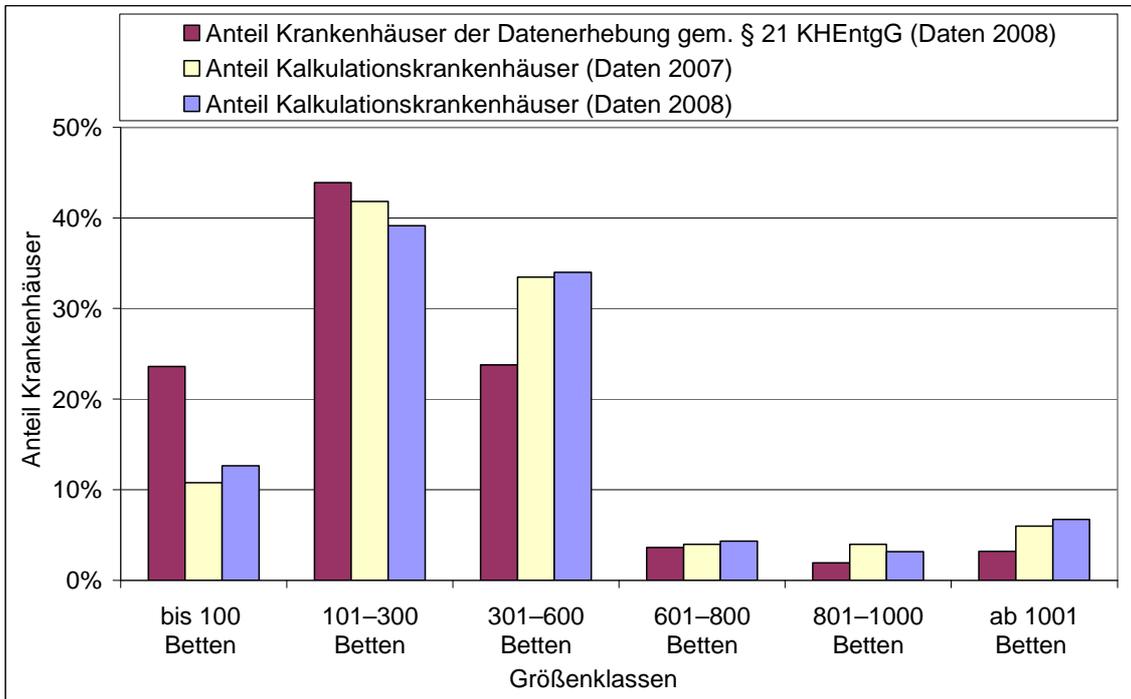


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser im Vergleich der Datenjahre 2007 und 2008.

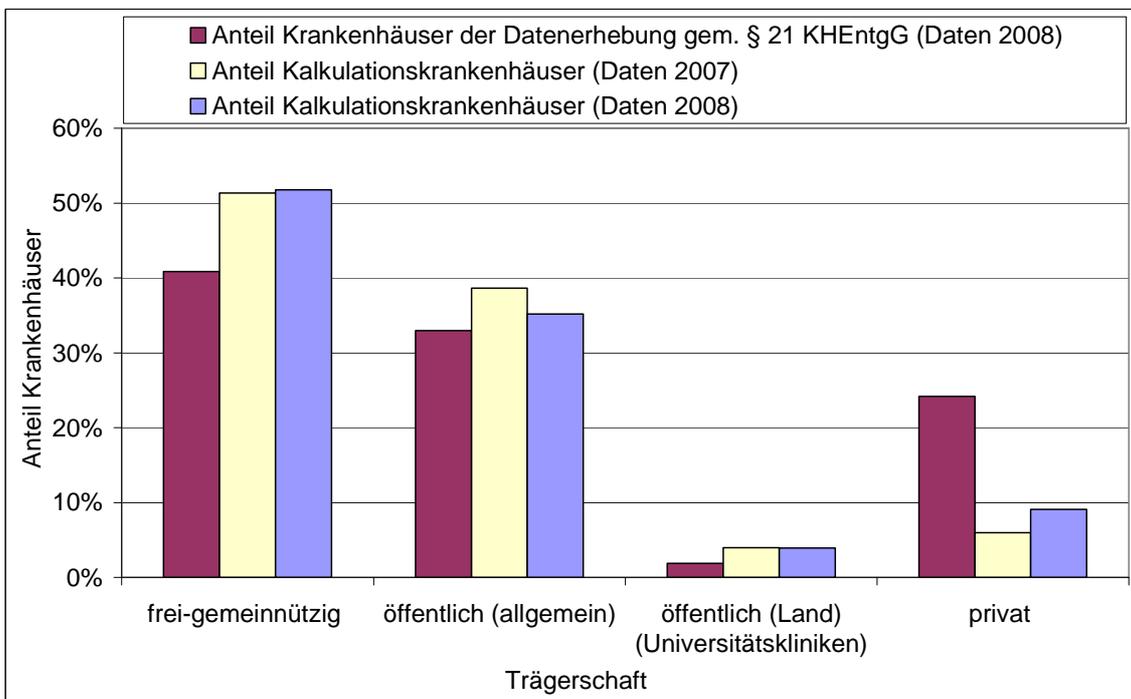


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der Datenstelle 0,22%. Damit ist die Fehlerquote erneut auf sehr niedrigem Niveau. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG in den Krankenhäusern Routinestatus erreicht hat.

Die Datenstelle hat dem InEK Daten zu insgesamt 4.813.772 Fällen der Kalkulationskrankenhäuser bereitgestellt.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten: 2,6%; Kostendaten ohne Leistungsdaten: 0,5%) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung: 7,0%; Fälle der Psychiatrie und Psychosomatik bzw. Psychotherapie: 0,02%; Begleitpersonen: 2,8%) 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 4,0 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 4.539.763 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 4.539.763 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Herkunftskorrektur	14,0	Bereinigung Personalkosten (Korrekturfaktor 1,00727 bei Kostenartengruppe 1 sowie 1,0330 bei Kostenartengruppen 2 und 3)
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,8	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,08	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,3	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	0,1	„Aussteuern“ aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,6	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.539.763 Datensätze)

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 3.257.497 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK 28 Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 595.590 Kalkulationsdatensätze (13% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 28,2% der 4.539.763 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	3.904.720	2.769.854
Belegärztliche Versorgung	94.699	59.596
Teilstationäre Versorgung	540.344	428.047
Gesamt	4.539.763	3.257.497

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 2008

Die folgende Abbildung 4 zeigt, dass im Vergleich zur Datenerhebung des Vorjahres der Anteil plausibler Fälle insgesamt auf 72% gestiegen 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 in der Datenbasis verblieben sind, gestiegen ist (sieben Krankenhäuser mehr).

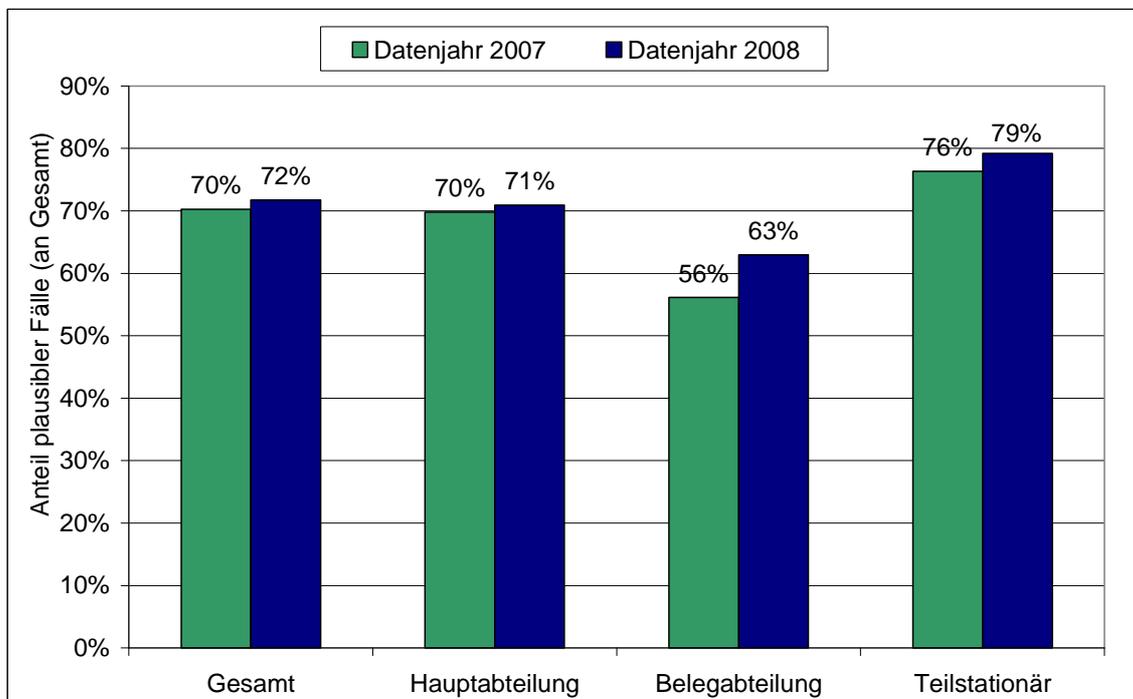


Abbildung 4: Anteil plausibler Fälle in den Datenerhebungen 2007 und 2008

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 2009 und dem OPS Version 2009 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2008 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2010 oder – nach Einführung neuer Codes für 2010 – erst im Jahr 2011 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	211	47.827
Kostendaten zu Medikamenten	234	155.243
Kostendaten zu Neurostimulatoren	48	768

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (Übersicht)

■ Leistungsdaten

Im Rahmen der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich waren bei Medikamentengabe das Datum der Gabe und die verabreichte Dosis anzugeben. Insgesamt haben 242 Kalkulationskrankenhäuser 400.018 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 8:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventionellen Verfahren	40	1.878
Falldaten zu Neurostimulatoren	49	772
Falldaten zu Blutprodukten	213	47.884
Falldaten zu Medikamenten	235	156.446
Falldaten zur Dialyse	137	19.802
Falldaten Intensivmedizinische Komplexbehandlung	170	173.236

Tabelle 8: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

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

1. Vorschläge konnten ausschließlich per E-Mail an das InEK übermittelt werden.
2. Nur für Vorschläge, die bis zum 28. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.

3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM Version 2009 bzw. OPS Version 2009 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 Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010“ (Vorschlagsverfahren für 2010) wurde am 28. November 2008 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Die bereits für 2005 eingeführten Verfahrensänderungen haben sich weiterhin dadurch bewährt, dass eine Vielzahl der Vorschläge frühzeitig eingereicht wurde und es somit möglich war, einen intensiven Dialog mit den Vorschlagenden zur Klärung offener Fragen zu führen. Bei einigen der eingegangenen Vorschlagssendungen wurden zum Teil mehrfach Nachfragen gestellt, was auch in diesem Jahr eine deutliche Verbesserung der Qualität des Vorschlagsverfahrens mit sich brachte.

Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 15. Mai 2009 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 155 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 89 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 63 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich in etwa 700 Vorschläge, was ebenfalls einer geringeren Anzahl an Vorschlägen im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Dazu kamen ca. 40 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Kardiologie/Herz- und Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Augenheilkunde, Neurologie und Neurochirurgie, Urologie, Dermatologie und Geriatrie ein, wohingegen zu Themen wie AIDS, HNO, Radiologie, Strahlentherapie/Nuklearmedizin und Frührehabilitation nur wenige Vorschläge

eingebraucht wurden. Wie bereits im Vorjahr wurde der größte Teil der Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften eingereicht. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf den Internetseiten des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

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

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Wie schon in den Vorjahren waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Die weiterhin gültige Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems war, Lösungen innerhalb des G-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2010 waren etwa 55% der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2009) 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 in diesem Jahr Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet, aber auch zahlreiche Angleichungen des CC-Wertes an den CC-Wert inhaltsähnlicher Kodes vorgenommen. Dabei konzentrierte sich die Unter-

suchung einerseits auf häufig kodierte, streitbefangene und vermeintlich aufwendige bzw. nicht aufwendige Diagnosen, andererseits stand die Bearbeitung von Diagnosegruppen mit dem Ziel einer stringenten Abbildung inhaltsähnlicher Diagnosen im Vordergrund. Auf die Überarbeitung inklusive einer Darstellung der Überarbeitungsmethodik der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert eingegangen.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, so können sie ab dem Jahr 2010 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2011 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2009 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2008 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.

- **Duplikate**

Etwa 1% der Vorschläge wurde 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 2010 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 2009 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 2010 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2010) 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 410 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 37% der Vorschläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit in der Größenordnung des Vorjahres. 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 höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge (insgesamt 4.156 Änderungsversionen).

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen 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. 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 stehen dabei im Mittelpunkt der Analyse.

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 krankenhausbefugenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Die Krankenhäuser haben auf Grundlage der Reporte die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich waren in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen notwendig, bis die erforderliche Datenqualität erreicht war. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhaushausindividuelle 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 gro-

ßen Abweichungen innerhalb der modularen Struktur wurden die Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen basieren teilweise auf den zusätzlichen krankenhausindividuellen Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dazu gehörten u.a.

- die berücksichtigten Abgrenzungstatbestände,
- 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,
- detaillierte Abfragen zu den Intensiveinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie).

Im Vergleich zum Vorjahr wurde der Umfang der Abfrage zur Kalkulationsgrundlage in einigen Details verfeinert. 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.

Wie im Vorjahr hat das InEK die Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie auf Fallebene abgefragt. Dabei mussten je durchgeführter Leistung die für die Kalkulation verwendeten Leistungsdaten (Schnitt-Naht-Zeit, Rüstzeit, Gleichzeitigkeitsfaktor, sowie die für die Kalkulation verwendete Gesamtzeit im Bereich OP und Anästhesiologiezeit, Gleichzeitigkeitsfaktor und die für die Kalkulation verwendete Gesamtzeit im Bereich Anästhesie) getrennt für den ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst übermittelt werden. Um die krankenhausindividuellen Strukturen besser zu erfassen, musste die Beteiligung externer Ärzte bei operativen Leistungen zusätzlich angegeben werden.

Die Leistungsdaten wurden in einem ersten Schritt systematisch auf Vollständigkeit und formale Korrektheit geprüft, wodurch die Qualität der Daten deutlich angehoben wurde.

In einem zweiten Schritt wurde eine erweiterte Analyse der Leistungsdokumentation implementiert:

- Wurden für Fälle mit Kosten in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und/oder 5 (Anästhesie) Leistungszeiten übermittelt?
- Besteht ein logischer Zusammenhang zwischen den Leistungszeiten im Bereich OP und Anästhesie auf Eingriffsebene?
- Sind die Angaben zu Schnitt-Naht-Zeiten, Anästhesiologiezeiten, Gleichzeitigkeitsfaktoren, Rüstzeiten und die für die Kalkulation verwendeten Gesamtzeiten ausreichend differenziert und plausibel?
- Wurde die für die Kalkulation verwendete Gesamtzeit handbuchkonform ermittelt?

Da die Leistungsdaten in einem engen Zusammenhang zu den Kalkulationsergebnissen im Kalkulationsdatensatz stehen, wurde im letzten Schritt auf Fallebene geprüft, ob sich die angegebenen Leistungsdaten entsprechend in den Kalkulationsdaten widerspiegeln und die ausgewiesenen Kostensätze der Höhe nach plausibel sind.

Die Kalkulationskrankenhäuser erhielten die Ergebnisse der oben genannten Prüfungen in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausesbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report.

Entsprechend sollten die Kalkulationskrankenhäuser die auffälligen Leistungswerte berichtigen und korrespondierende Korrekturen bei der Berechnung der Kalkulationsdatensätze vornehmen.

Die umfassende und systematische Prüfung der Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie hat einen wichtigen Beitrag zur Beurteilung der Daten und Erhöhung der Datenqualität der Kostenkalkulation geleistet.

Formale Konformität

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 (IBLV) 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. Bei den formalen Konformitätsprüfungen wurde auf eine nachvollziehbare, plausible Kostenverteilung zwischen den Kostenstellengruppen fokussiert (z.B. zwischen Normalstation und OP oder zwischen Geburtshilfe und Gynäkologie).

Bei der Einzelkostenzuordnung bestand für bestimmte Artikelgruppen die alternative Möglichkeit, die Kosten mit Hilfe eines klinischen Verteilungsmodells (KVM) den Behandlungsfällen zuzuordnen. Die Kalkulationskrankenhäuser mussten das jeweilige 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, um ein vollständiges Bild über die korrekte Umsetzung der Kalkulationsvorgaben zu erhalten.

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 Kalkulationskrankenhaus gewonnen werden. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

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, kommt der inhaltlichen Prüfung der Personalkostenverrechnung des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes auf Krankenhausebene ein besonderes Augenmerk zu. Das Kalkulationshandbuch gibt eine Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan vor. In den zu Beginn der Kalkulationsrunde an die Krankenhäuser versandten Kalkulationshinweisen wurde auf die Erfordernisse einer differenzierten Erfassung der Personalkosten auf Kostenstellenebene nochmals 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 insbesondere durch die Analyse der Kalkulationssätze je PPR-Minute auf Kostenstellenebene sowie der Kostenverteilung des Pflegedienstes auf die Kostenstellengruppen u.a. durch Bildung von Kennzahlen für die durchschnittliche Anzahl von Pflegekräften einer Kostenstellengruppe plausibilisiert.

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 analysiert, 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 und 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 (*andere*) *neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* darf nur bei Vorliegen der im jeweiligen 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 Anhaltspunkte für eine Überarbeitung der Kalkulationsdatensätze gesucht.

In den Kostenstellengruppen „OP-Bereich“ und „Anästhesie“ wurde geprüft, ob eine zur Personalkostenzurechnung grundsätzlich korrespondierende Inanspruchnahme in der Leistungsdokumentation zu finden war. Diese Prüfung wurde durch kostenstellenübergreifende Analysen verfeinert, die unplausible Verteilungen der Personalkosten beispielsweise zwischen Normalstation und OP-Bereich oder Kreißsaal und OP-Bereich oder Intensivstation und Anästhesie aufdecken sollten. 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.

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

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitätsprüfungen wurde der Leistungsbezug durch OPS-basierte Prüfungen erneut gestärkt. Gleichzeitig wurden die Plausibilitätsprüfungen 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.

Das Kalkulationskrankenhaus konnte 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.

Nachdem bislang die Prüfungen der Infrastrukturkosten insbesondere auf die Krankenhaus- und Kostenstellengruppenebene fokussiert waren, wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen die Zuordnung der medizinischen und nicht medizinischen Infrastrukturkosten auf Fallebene verstärkt analysiert. Bei den Prüfungen standen weniger die absoluten Beträge im Fokus des Interesses. Vielmehr wurden die relativen Beträge unter Berücksichtigung der zugebuchten Einzelkosten gegen eine Ober- und Untergrenze geprüft. Auffälligkeiten basierten in der Regel auf Kalkulationsfehlern und konnten sehr häufig nach Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern behoben werden. In seltenen Fällen gab es Auffälligkeiten, die durch plausible krankenhausespezifische Besonderheiten begründet werden konnten.

Medizinisch-ökonomische Plausibilitätsprüfungen

Zu den im Rahmen der erneut intensivierten medizinisch-ökonomischen Plausibilitätsprüfungen besonders strikt geprüfter Leistungsbereiche zählen:

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

Wie im Vorjahr wurde für alle intensivmedizinisch behandelten Fälle anhand der zur Verfügung stehenden Parameter (Intensivverweildauer, Beatmung, Diagnosen, Prozeduren, Alter u.a.) ein Erwartungswert für die Summe der Punkte nach TISS/SAPS-Score ermittelt und mit dem verschlüsselten OPS-Code *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* sowie ggf. dem in der ergänzenden Datenlieferung ermittelten exakten Punktwert abgeglichen. Zusätzlich wurde geprüft, ob die in 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 für den Ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst in OP und Anästhesie wurde gegenüber dem Vorjahr erneut verfeinert. Für die Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) wurden Unter- und

Obergrenzen für die Schnitt-Naht-Zeit, Anästhesiologiezeit, den Gleichzeitigkeitsfaktor und die Rüstzeit definiert. Es wurden Ausreißerwerte (Extremwerte) analysiert und anhand dieser die angegebenen Kosten plausibilisiert. Gleichzeitig wurden die verschiedenen Datenquellen in einen Prüfungszusammenhang überführt. Dabei wurde analysiert, inwieweit die fallbezogenen Angaben zu den Leistungszeiten in OP und Anästhesie in einem plausiblen Verhältnis zu den übermittelten Kalkulationsangaben in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) standen (siehe Abb. 5).

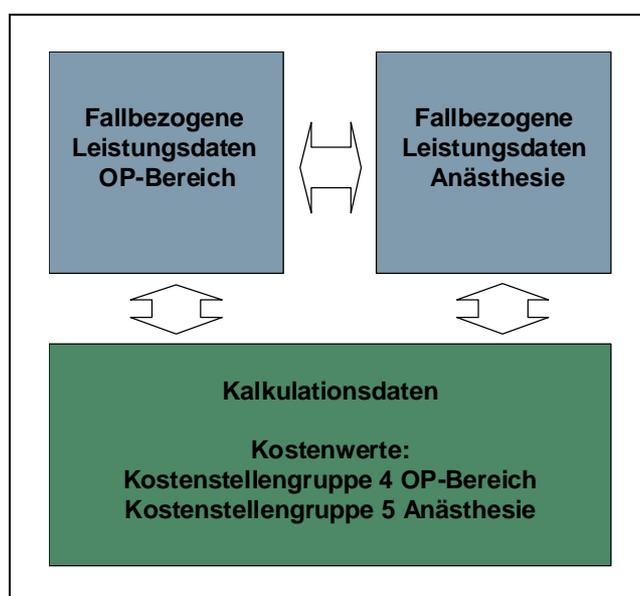


Abbildung 5: Prüfungszusammenhang zwischen fallbezogenen Leistungsdaten OP/Anästhesie und Kostendaten

Wenn ein nach Datenlage unkomplizierter Fall (z.B. eine Entfernung der Gallenblase ohne weitere kodierte Leistung und ohne komplizierende Nebendiagnosen) die definierten Obergrenzen deutlich überschritt, führte dies zur Rückfrage beim Kalkulationskrankenhaus. So konnte häufig eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache der auffälligen Kostenzuordnung erkannt und korrigiert werden. Bei besonders hohen Abweichungen wurden die abgefragten Leistungszeiten zur weiteren Plausibilisierung herangezogen. Durch diese zusätzliche Analyse konnten zahlreiche „Extremfälle“ (beispielsweise kurze bzw. besonders lange Schnitt-Naht-Zeit oder Anästhesiologiezeit) als Dokumentationsfehler identifiziert werden. Die Zahl der Leistungen, für die auf Basis der verschlüsselten OPS-Kodes genaue Wertober- wie -untergrenzen für die Kosten des ärztlichen und des Funktionsdienstes in OP und Anästhesie definiert werden konnten, konnte gegenüber dem Vorjahr nochmals deutlich gesteigert werden. Die Qualität der Kalkulationsdaten in den Bereichen OP und Anästhesie wurde durch diese Prüfungen nochmals erhöht.

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-Code angegeben war.

Als Einstieg zur Plausibilisierung der Kosten in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) wurde erstmalig der Ausweis von Mindestkos-

ten bei Angabe ausgewählter OPS-Kodes (z.B. ESWL, diverse Komplexbehandlungen) geprüft. Es wurde eine Fehlermeldung an die Kalkulationskrankenhäuser versendet, wenn trotz kodierter Leistung(en) keine relevanten Kosten in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) ausgewiesen wurden.

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

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

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

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

- Gelenkendoprothesen
- Osteosynthesematerial
- Herzschrittmacher und Defibrillatoren
- Herzklappen
- Gefäßprothesen
- Linsenimplantate
- Implantate bei interventionellen Verfahren (Stents, Coils, Occluder)
- Neurostimulatoren

Nicht für jeden einzelnen OPS-Kode konnte ein plausibler Bereich für die damit verbundenen Implantatkosten vorgegeben werden, da Implantatkosten zum Teil nicht zwingend erforderlich sind, extrem stark schwanken können oder keine verlässlichen Kosteninformationen vorlagen. Für eine große Zahl häufiger Leistungen ist die Definition einer Unter- und Obergrenze der damit verbundenen Implantatkosten aber gelungen, sodass – ähnlich dem Vorgehen bei Blutprodukten – hier auch Fälle mit mehreren OPS-Kodes auf unplausibel hohe oder niedrige Kosten geprüft werden konnten. Dabei fand auch das Seitenkennzeichen des OPS Berücksichtigung, sodass z.B. bei einer beidseitigen Hüftprothesenimplantation (vergleichbaren Typs) im Vergleich zu einer einseitigen Operation etwa doppelte Implantatkosten erwartet wurden und entsprechend geprüft werden konnten.

Analog den Prüfungen auf Implantatkosten (Kostenart 5) wurden 2009 auch teure Produkte aus dem Bereich des medizinischen Sachbedarfs (Kostenarten 6a und 6b) verstärkt OPS-bezogen geprüft. Dies betrifft insbesondere die Leistungen:

- Herzkatheter (Diagnostik, PTCA und Ablationskatheter)
- Angiografie
- Perkutan-transluminale Gefäßeingriffe (z.B. Carotis-PTA)

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.

In den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat 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. Das Ziel, kostenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung leichterer Krankheitsbilder vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt, wurde dadurch unverändert weiterverfolgt. Neu etabliert werden konnte u.a. eine Prüfung der Kategorie „Fehler bis erklärt“, bei der den Krankenhäusern eine kurze Verweildauer bei Fällen mit Blockchemotherapie als mögliche Unplausibilität gemeldet wurde.

Fazit und Ausblick

Nach Maßgabe der Kalkulationsvereinbarung war erstmals die maximale Fehlerquote von 15% für eine erfolgreiche Kalkulationsteilnahme vorgegeben (bislang galt eine maximale Fehlerquote von 20%). Durch die intensivierete Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern konnte die Datenqualität sowohl innerhalb der Korrekturfrist als auch im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert werden. 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.

Die Vorgabe bestimmter IBLV-Verrechnungsschlüssel hat in Verbindung mit den erweiterten Plausibilitätsprüfungen auf Fallebene einen nochmaligen Zugewinn in der Verur-

sachungsgerechtigkeit 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 gestiegen.

Die grundsätzliche Vorgehensweise der schrittweisen Verfeinerung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen wird für die folgende Kalkulationsrunde beibehalten. Der eingeschlagene Weg, auf Fallebene zu analysieren, ob die übermittelten Datensätze insgesamt ein stimmiges sachgerechtes Bild des Behandlungsfalls liefern, wird konsequent weiterbeschritten.

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung wurde die Methodik grundsätzlich aus den Vorjahren übernommen. Die normativ-analytische Ableitung bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde im Vergleich zu den Vorjahren ebenfalls unverändert durchgeführt.

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Katalogs 2010 wurden auch 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 in den Vorjahren wurden der Kalkulation nur Datensätze mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zugrunde gelegt. Die Kalkulationsbedingungen wurden unverändert aus dem Vorjahr übernommen.

Aufgrund der erweiterten Plausibilitätsprüfungen und Analysen im Vorfeld konnte die Datenqualität insgesamt weiter verbessert werden. Aus diesem Grund wurden bei solchen DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, wie im Vorjahr 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 Be-

einflussung des Kalkulationsergebnisses festgestellt werden, wurde eine eigenständige Kalkulation auf Basis der übermittelten und plausibilisierten Datensätze durchgeführt. Die Individualanalysen klassifizierten sechs weitere DRGs als eigenständig kalkulierbar (D22B, D61A, G21B, J22B, L40Z, N10Z).

Mit 47.870 Datensätzen wurden somit 84 DRGs eigenständig kalkuliert – 3 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 Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs wie im Vorjahr 68% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 31,9% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	193
Über 10% bis 20%	12	529
Über 20% bis 30%	21	67
Über 30% bis 40%	35	
Über 40% bis 50%	16	
Mittelwert (ungew.)	31,9%	13,2%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

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

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert aus dem Vorjahr übernommen. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 490 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (Zuschlag 152 DRGs, Abschlag 338 DRGs). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den 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 untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 278-mal abgesenkt und 72-mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 87-mal abgesenkt und 13-mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	490
Nur Abzug Arztkosten	299
Eigenständig kalkulierte DRGs	84
Gesamt	873

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 281 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 9 verringert (Vorjahr: 882 DRGs). Für die gesamte MDC 18A HIV konnten keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung gefunden werden, sodass diese MDC nicht mehr im Fallpauschalen-Katalog bei belegärztlicher Versorgung ausgewiesen wird.

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 ausschließlich durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule ermittelt.

3.3.1.3 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.

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 Daten gem. § 21 KHEntgG durch die Angabe des Aufnahmegrundes „Krankenhausbehandlung, teilstationär“ gekennzeichnet. Damit identifiziert ausschließlich ein Abrechnungsmerkmal teilstationäre Leistungen.

Unter Berücksichtigung der aus dem Vorjahr unverändert übernommenen Kalkulationsbedingungen wurden die einzelnen Behandlungstage teilstationärer Leistungen mit Fokus auf die Leistungsabbildung analysiert. Für die Analyse standen 428.047 Datensätze zur Verfügung. (Im Mittel wurden 7,5 teilstationäre Behandlungstage (Kontakte) je Fall übermittelt. Wegen der fehlenden teilstationären Leistungsbeschreibung wurde versucht, auf Basis der bestehenden Leistungsdokumentationen teilstationäre DRG-Fallpauschalen zu entwickeln. Im Ergebnis konnten auf Basis der bestehenden Leistungsbezeichner keine sachgerechten teilstationären Fallpauschalen gebildet werden.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2008 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 wie bereits im Vorjahr eine mangelnde Kostendifferenzierung zwischen den beiden DRG-Fallpauschalen heraus.

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 unverändert übernommen. 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 148.717 Datensätze in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 12 sind die häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 13 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€)
Ärztlicher Dienst	1	30,96
Pflegedienst	2	77,99
Med.-technischer Dienst	3	10,07
Arzneimittel	4a	14,57
Arzneimittel Einzelkosten	4b	3,26
Implantate/Transplantate	5	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	47,86
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	3,84
Med. Infrastruktur	7	16,95
Nicht med. Infrastruktur	8	41,13
Gesamt		246,62

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2008

Kode	Hauptdiagnose	Anzahl
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	80.420
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	62.452
N18.9	Chronische Niereninsuffizienz, nicht näher bezeichnet	3.058
N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	2.746
Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse	38

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2008

Kode	Prozedur	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	121.075
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	17.042
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	5.387
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	2.226
8-854.4.	Hämodialyse: Verlängert Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1.472

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2008

Ergebnis

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

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

In Anbetracht der multiplen Anpassungen der letzten Jahre sowie des Umstandes, dass die Auswirkungen der zahlreichen im G-DRG-System 2009 umgesetzten Änderungen der CCL-Matrix erst ab 2010 zu Analysezwecken zur Verfügung stehen werden, erfolgte in diesem Jahr eine zurückhaltende Bearbeitung der CCL-Matrix. Auf diese Weise sollte vermieden werden, dass die PCCL-Systematik durch fortlaufende weitreichende Um- und Rückbauten an Transparenz und Akzeptanz verlieren könnte. Unter diesem Gesichtspunkt wurden die zu untersuchenden Diagnosekodes aus den erneut zahlreich eingegangenen Beiträgen zum Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen ausgewählt. Besonderes Augenmerk lag auf einigen streitbefangenen Themen und der Überprüfung der CC-Relevanz inhaltsähnlicher Codes. Hintergrund für diese Herangehensweise ist die mögliche immense Auswirkung einer Veränderung der CCL-Matrix: Jede einzelne Veränderung kann eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs sowie teilweise bedingt durch die Abfragereihenfolge auch in nicht PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben.

Analog zur Vorgehensweise der vorangegangenen Jahre wurde die veränderte Abbildung von Diagnosen auf Grundlage der bestehenden G-DRG-Version 2008/2009 („teilweise gesplittete Version“) und der durchgängig nach PCCL > 3, PCCL > 2 und PCCL ≤ 2 gesplitteten Version (ausgenommen MDC 15) untersucht („komplett gesplittete Ver-

sion“). 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. Entscheidungen konnten somit auf einer weit über das Ausgangs-DRG-System hinausgehenden Basis getroffen werden. Darüber hinaus erforderte eine Veränderung der CCL-Matrix in der Regel einen positiven R^2 -Wert in beiden Systemen sowohl bezogen auf alle Fälle als auch auf Inlier. Somit wurden die fortbestehenden hohen Ansprüche an die objektiven Entscheidungskriterien aufrechterhalten: Veränderungen der CCL-Matrix hatten bei sämtlichen bestehenden und möglichen PCCL-Splits positive Auswirkungen auf das Gesamtsystem zur Voraussetzung. Weitere technische Details zu Änderungen an der CCL-Matrix können den Abschlussberichten der Vorjahre entnommen werden.

Als Ausgangspunkt für die diesjährigen Überprüfungen der CC-Relevanz von Diagnosekodes dienten Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren. Ergänzt wurden diese durch umfangreiche eigene Analysen. Über 180 Diagnosen wurden hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Ziel der Analysen war nicht allein eine rechnerisch korrekte Einsortierung von Einzelkodes. Darüber hinaus sollte das im Vorschlagsverfahren thematisierte Problem angegangen werden, dass in einigen Spalten der CCL-Matrix Codes für „nicht näher bezeichnete“ Erkrankungen höher bewertet waren als spezifische Diagnosen für die jeweilige Krankheit. Daher wurde besonders die Relevanz inhaltlich zusammengehörender Diagnosegruppen bei der PCCL-Ermittlung betrachtet. Dazu wurde in zahlreichen Einzelrechnungen eine Überprüfung der Zuordnung der Codes in sämtlichen Zeilen der CCL-Matrix vorgenommen. Die Zuweisung einer endgültigen Position in der CCL-Matrix erfolgte dabei unter zusätzlicher Berücksichtigung der Abbildung inhalts- und aufwandsähnlicher Codes. In der Folge wurden 50 Diagnosen teils durch Auf-, teils durch Abwertung an inhaltsähnliche Codes in der CCL-Matrix angeglichen. Betroffen waren u.a. die Codebereiche N18.- *Chronische Niereninsuffizienz*, J43.- *Emphysem* und J44.- *Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung*.

Darüber hinaus wurden sieben Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen. Dazu gehören insbesondere streitbefangene Codes wie E87.8 *Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, andernorts nicht klassifiziert*, R54 *Senilität*, S06.0 *Gehirnerschütterung* und N30.2 *Sonstige chronische Zystitis*. Weitere zehn Diagnosen wurden in unterschiedlichem Ausmaß abgewertet. So wurden beispielsweise Codes aus dem Bereich D70.- *Agranulozytose und Neutropenie* lediglich in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* abgewertet, da dort diese Nebendiagnosen nicht mit einem entsprechend höheren Aufwand vergesellschaftet sind. Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2010 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang. Methodisch bedingten diese Veränderungen, insbesondere aber die Angleichung inhaltsähnlicher Diagnosen, eine Ausweitung der Zeilenanzahl der CCL-Matrix von 108 auf 124.

Berechnungen mittels verschiedener standardisierter Splitsets auf mögliche PCCL-Splits aller DRGs wurden routinemäßig durchgeführt. Das G-DRG-System 2010 weist mit 289 einen Zuwachs von zwei nach PCCL gesplitteten DRGs im Vergleich zum System des Vorjahres auf. Eine weitere Veränderung betrifft den Algorithmus der Ermittlung des PCCL eines Falles. Damit wird der in der Vergangenheit in wenigen Ausnahmen aufgetretenen Problematik Rechnung getragen, dass aus einer unterschiedlichen Kodierreihenfolge von CC-relevanten Diagnosen unterschiedliche Gruppierungsergebnisse resultierten. Ab dem G-DRG-System 2010 werden Nebendiagnosen auch dann zur PCCL-Ermittlung herangezogen, wenn sie bereits zur Definition einer DRG verwendet wurden.

Insgesamt ermöglicht die diesjährige Konzentration auf einige bedeutsame Inhalte eine Überprüfung der Auswirkungen der umfangreichen Veränderungen der CCL-Matrix des Vorjahres. Durch diese datengestützte Bezugnahme auf die Versorgungswirklichkeit wird die Methodik zur Weiterentwicklung der PCCL-Systematik weiter gefestigt. Diese stellt somit ein tragfähiges Fundament für zukünftige Veränderungen der CCL-Matrix dar.

3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

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

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.200 DRGs wie in Tabelle 14 dargestellt verteilen (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	219	18
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	239	20
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	130	11
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	567	47
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	45	4
Gesamt	1.200	100

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2010

Überlieger aus dem Vorjahr

Bei Überliegern handelt es sich um Fälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen und erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen wurden. 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 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 2007 auf 2008) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Codes aus 2007 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Codes der Fall 2008 verschlüsselt würde.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Codes z. B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2007 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2008 unterschiedliche Gruppierungsergebnisse aufgrund dieser Differenzierung aufweisen –, kann es daher erforderlich sein, nicht überleitbare Fälle aus der Kalkulationsbasis auszuschließen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Codes aus 2007 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die o.g. DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

3.3.1.6 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 2010 wird im Folgenden kurz erläutert.

Datenbasis

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

oder der Fallpauschalen-Katalog 2010 keine Bewertungsrelation aufweisen (teilstationäre Leistungen und Anlage 3a).

Die Daten gem. § 21 KHEntgG wurden einem Plausibilisierungsverfahren unterzogen. Nach dem Fehlerverfahren in der Datenstelle wurden die auf die Gesamtheit aller Datensätze anwendbaren medizinischen Plausibilitätsprüfungen für die Kalkulationskrankenhäuser auf korrekte Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien ausgeführt. Die Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden unter Berücksichtigung der Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ geprüft, ob sie auf Grundlage der Abrechnungsbestimmungen der FPV der Fallzusammenführung unterliegen würden und zusammengeführt hätten übermittelt werden müssen. Für den Fall, dass die Bedingungen zur Fallzusammenlegung erfüllt waren, wurden die entsprechenden Datensätze nachträglich zusammengeführt. Die effektiven Bewertungsrelationen ergaben sich nach den Abrechnungsbestimmungen der FPV. Für die Hochrechnung von der Kalkulationsstichprobe auf die Grundgesamtheit (= 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. Aufgrund des Vollkostenansatzes wurden in der Kalkulationsstichprobe analog die mit den Zusatzentgelten verbundenen Kosten herausgerechnet. Gleichzeitig konnte die bislang unbewertete Fallpauschale K04A *Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff* für das G-DRG-System 2010 bewertet und damit von Anlage 3a in den bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs verschoben werden. Der damit verbundene Gesamteinfluss auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen konnte für die nationale Ebene geschätzt werden. Für den Fallpauschalen-Katalog 2010 wurde für die veränderte Vollkostenbereinigung bei der Zusatzentgeltkalkulation und die Verschiebung der K04A auf nationaler Ebene eine Gesamtsumme von 2.076 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2009 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2008 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 17.683.593. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2010 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 17.681.517. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt exakt 2.076. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2010 beträgt 2.619,10 €.

Ein einfacher Vergleich der Bezugsgrößen für 2009 und 2010 (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 Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr konstant gehalten wird, 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 das Jahr 2010 wurden im Bereich der MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* nach der Abbildung des Qualifizierten Entzugs in einer eigenen Basis-DRG (*V40Z Qualifizierter Entzug*) im G-DRG-System 2009 im Gegensatz zu den Vorjahren keine Vorschläge zur weiteren Verbesserung der Abbildung des Qualifizierten Entzugs eingereicht.

Die Veränderung im Bereich der MDC 20 für das Jahr 2010 betraf die Abbildung von Fällen der DRG V65Z mit HIV-Krankheit bei Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierten psychischen Störungen, die nun durch Kondensation der DRG V65Z mit der DRG V60A *Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom* in der DRG V60A abgebildet werden.

3.3.2.2 Augenheilkunde

Schwerpunkt der Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2010 für die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* war die Präzisierung von bereits bestehenden DRGs und deren Logiken.

Basierend auf den Vorschlägen der entsprechenden Fachgesellschaft erfolgte die verbesserte Abbildung von Fällen mit Hornhauttransplantation durch Austausch-Keratoplastik durch die Kodaufnahme des OPS-Kodes 5-125.3 *Austausch-Keratoplastik* in die DRG C04A *Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnäherung oder Alter < 16 Jahre*.

Zudem wurden Fälle mit den OPS-Kodes 5-152.2 *Fixation der Netzhaut durch einstellende Operationen: durch Cerclage* und 5-158.13 *Pars-plana-Vitrektomie: Ohne chirurgische Manipulation der Netzhaut: Silikonölimplantation* den DRGs C03A *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates* und C03B *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina* zugeordnet und somit aufgewertet.

Zur Vervollständigung der Logik der DRG C04A *Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnäherung oder Alter < 16 Jahre* wurden Fälle mit dem OPS-Kode 5-125.3 *Hornhauttransplantation und Keratoprothetik: Austausch-Keratoplastik* durch Verschiebung aus der DRG C04B *Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnäherung, Alter > 15 Jahre* aufgewertet.

Durch die Änderung des Gewebegesetzes vom 27.07.2007 (BGBl. I S. 1574) wird der Europäischen Richtlinie 2004/23/EG zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen Rechnung getragen. Demnach werden Augenhornhäute nicht mehr den Organen, sondern den Gewebesubstanzen (= Arzneimittel) zugerechnet. Dies erhöht in Folge den Aufwand der Einrichtungen, z.B. für Laboruntersuchungen. Im G-DRG-System 2010 führt diese Änderung durch erhöhte Kosten für Transplantate zusammen mit einer verbesserten Kostenzuweisung der Kal-

kulationskrankenhäuser zu einem Anstieg des Relativgewichts für die Basis-DRG C04 *Hornhauttransplantation* [...].

DRG	2009	2010
C04A	1,734	1,995
C04B	1,543	1,762

Tabelle 15: Vergleich der Relativgewichte, G-DRG-Systeme 2009 und 2010

Ebenfalls basierend auf einem Vorschlag wurde die Kodaufnahme der Prozedurenkodes für die Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Orbitaimplantats in die Tenonsche Kapsel (5-163.10, .11, .12) in die DRG C03A *Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates* bei Verbesserung für das Gesamtsystem im Sinne einer Aufwertung umgesetzt.

Darüber hinaus wurde die fallzahlschwache DRG C18Z *Große Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva* im G-DRG-System 2010 aufgelöst. Durch Erweiterung der Logik der Basis-DRG C20 *Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse* wurden die Fälle der ehemaligen DRG C18Z in die Basis-DRG C20 aufgenommen.

3.3.2.3 Epilepsie

Im Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010 gingen in diesem Jahr keine Vorschläge zur Änderung der klassifikatorischen Abbildung der Epilepsie ein.

Trotzdem war diese Thematik Gegenstand umfangreicher und detaillierter Analysen. So wurden innerhalb der Basis-DRG B70 *Apoplexie* verschiedene Diagnosekodes für Epilepsie neu in die Tabelle „Komplexe Diagnosen bei Apoplexie“ aufgenommen mit dem Ergebnis einer Aufwertung entsprechender Fälle. Ansonsten konnte die aktuelle Gruppierung auf Basis der Daten aus dem Jahr 2008 bestätigt werden.

3.3.2.4 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Schwerpunkt der Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2010 für die MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* war die Mammachirurgie.

Anhand eines eingereichten Vorschlags konnten Fälle mit dem OPS-Kode 5-885.9 für die *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit freiem lipokutanen Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomosierung* (z.B. DIEP-Flap) durch Verschiebung aus der DRG J26Z *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff* in die DRG J01Z *Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankungen der Haut, Unterhaut und Mamma* aufgewertet werden.

Ebenfalls aus dem Strukturierten Dialog kam der Vorschlag zur MDC-übergreifenden Kodeverschiebung der Diagnose für die *Kapsel Fibrose der Mamma durch Mam-*

maprothese oder -implantat (ICD-Kode T85.82) aus der MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten in die MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, was überwiegend einer Aufwertung dieser Fälle entspricht.

Weitere Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren erreichten uns zur Abbildung von Fällen mit den OPS-Kodes 5-889.2 *Entfernung einer Mammaprothese und Exzision einer Kapsel­fibrose und Prothesenwechsel* bzw. 5-889.3 *Entfernung einer Mammaprothese und Exzision einer Kapsel­fibrose, Prothesenwechsel und Formierung einer neuen Tasche*. Eine entsprechende Analyse führte zu einer Verschiebung dieser Fälle aus der DRG J24B *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation* in die DRG J24A *Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation* und somit zu einer Gleichstellung mit dem OPS-Kode 5-889.4 *Wechsel einer Mammaprothese*, der bereits in der G-DRG-Version 2009 in der DRG J24A gruppierungsrelevant war.

Auch aufgrund eigener Analysen wurden zahlreiche Veränderungen im Bereich der Mammachirurgie vorgenommen. Fälle, die in der G-DRG-Version 2009 in die DRG J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung* eingruppiert werden und außerdem einen aufwendigen Lungen-, Leber-, Magen- oder Wirbelsäuleneingriff aufweisen, werden in der G-DRG-Version 2010 in die DRG J26Z *Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff* eingruppiert, was als Aufwertung dieser Fälle zu bewerten ist.

Aufgewertet wurden außerdem Fälle der DRG J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit Subkutaner Mastektomie mit Prothesenimplantation* (OPS-Kodes 5-876.1 / .2 / .3). Diese Fälle werden 2010 in der DRG J06Z *Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung* abgebildet.

Im Rahmen einer Abwertung wurden dagegen Fälle mit weniger aufwendigen Eingriffen (z.B. OPS-Kodes 5-882.8 *Plastische Rekonstruktion des Warzenhofes* und 5-886.2 *Mastopexie*) aus der DRG J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung* in die DRG J07B *Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff* bzw. in die DRG J25Z *Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC* verschoben.

In der Basis-DRG J07 *Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung* wurde die Logik so geschärft, dass Fälle mit einer Lymphknotenexzision nur noch in Kombination mit einem bestimmten Eingriff an der Mamma oder mit einem PCCL > 2 in die DRGs dieser Basis-DRG eingruppiert werden. Anderenfalls werden die Fälle in die DRG J25Z *Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC* verschoben, was einer Abwertung dieser Fälle entspricht.

Ebenfalls aufgrund eigener Analysen wurden die OPS-Kodes für einfache Eingriffe an Kopf und Stamm (z.B. OPS-Kodes 5-212.0 *Exzision an der äußeren Nase* und 5-903.0a *Klein­flächige Dehnungsplastik an Brustwand und Rücken*) aus der DRG J08B *Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC* gestrichen. Somit werden diese Fälle nicht mehr in die DRG J08B, sondern im Sinne einer Abwertung in die DRG J21Z *Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC* eingruppiert.

3.3.2.5 Extremkostenfälle

In Vorjahren 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 zur Abdominalchirurgie) wurde erneut eine Vielzahl von Detailveränderungen umgesetzt, die auf einer systematischen Prüfung seltener, aber extrem teurer Fälle beruhen. Vielfach sind die Fallzahlen der identifizierten Extremkosten-Konstellationen für die Etablierung eigener DRGs zu gering, sodass eine mögliche Lösung auch in der Zuweisung zu bereits bestehenden, kostenähnlichen DRGs bestehen kann.

Für 2010 wurden u.a. umgesetzt:

- Zuordnung von Fällen mit bestimmten, hochteuren Implantaten (Stentgraftprothesen der Aorta, Tumorendoprothese, Neurostimulator) zu bestehenden, kostenähnlichen DRGs, wie beispielsweise der DRG E36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*
- Aufwertung von Fällen mit Eingriffen bei Mammakarzinom mit großen Begleitoperationen (z.B. an Wirbelsäule, Leber, Thorax)
- Erweiterung der Funktion *Multiviszeraleingriff* bei gynäkologischen Patientinnen

- Aufwertung organtransplantierte Patienten (Zustand nach Transplantation) in einer Vielzahl von DRGs
- Aufwertung schwerster Pneumonieförmungen (CMV, Pneumocystis) in der Basis-DRG E62 *Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane*

3.3.2.6 Frührehabilitation

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010 gingen lediglich drei Vorschläge zur klassifikatorischen Abbildung der neurologisch-neurochirurgischen bzw. fachübergreifenden Frührehabilitation ein. Themen waren die Überprüfung der Abbildung verlegter Fälle in der Basis-DRG B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage*, von Fällen mit Frührehabilitation von mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen und von Fällen mit Frührehabilitation und Beatmung.

Die verschiedenen Konstellationen der Frührehabilitation werden im G-DRG-System 2010 unverändert in 17 Frührehabilitations-DRGs, verteilt über 8 MDCs, abgebildet. Diese DRGs sind bis auf die Basis-DRG B42 weiterhin über krankenhausindividuelle 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 Anhaltspunkt zur Etablierung weiterer DRGs für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation zeigte sich bei einer einerseits geringen Anzahl von Fällen in den Kalkulationsdaten, die nicht in einer spezifischen DRG für die Frührehabilitation abgebildet werden, und andererseits sachgerechter Abbildung der Fälle nicht.

Im Ergebnis war eine Weiterentwicklung der Abbildung der Frührehabilitation bzw. die Bewertung weiterer DRGs nicht möglich, da die Fachkliniken in der Kalkulationsstichprobe deutlich unterrepräsentiert waren.

Auf dieser wenig umfangreichen und zudem unvollständigen Datengrundlage waren die von den Fachkliniken/Fachgesellschaften u.a. außerhalb des Vorschlagsverfahrens geschilderten Problematiken anhand der vorliegenden Daten nicht nachvollziehbar.

3.3.2.7 Geburtshilfe

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2010 betrafen die eingereichten Vorschläge zur Geburtshilfe schwerpunktmäßig die folgenden Bereiche:

- Differenzierung der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur* anhand von primärer und sekundärer Sectio caesarea
- Abbildung von Fällen mit Hysterektomie nach Entbindung aufgrund unterschiedlicher, schwerwiegender Erkrankungen
- Abbildung langer pränataler Verweildauern im Rahmen der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme*

Hinsichtlich der Abbildung von Kaiserschnitten in der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea* [...] erreichten uns bereits 2008 Vorschläge, welche einen unterschiedlichen Ressour-

cenverbrauch bei einer primären im Vergleich zu einer sekundären Sectio caesarea beschrieben und infolgedessen eine Abgrenzung bzw. eine differenziertere Darstellung dieser beiden Leistungen für das G-DRG-System 2009 zum Inhalt hatten. In den zu diesem Thema durchgeführten Berechnungen ließ sich der beschriebene Aufwands- und Kostenunterschied nachweisen. Auf eine Umsetzung für die G-DRG-Version 2009 wurde jedoch zunächst verzichtet, da bei fehlender Kodierrichtlinie das Attribut „sekundäre Sectio“ einem gewissen Kodieranreiz unterworfen gewesen wäre. Eine neue Kodierrichtlinie wurde zur Klarstellung der Verschlüsselung einer primären bzw. einer sekundären Sectio caesarea in die Deutschen Kodierrichtlinien Version 2009 aufgenommen. Nach der erfolgten Klarstellung durch die Einführung der DKR 1525h *Primärer und sekundärer Kaiserschnitt* konnten für die G-DRG-Version 2010 nun Splits der DRGs O01D, E und F mit dem Leistungsbezeichner „Sekundäre Sectio“ etabliert werden. Die beiden unterschiedlichen Leistungen primäre/sekundäre Sectio caesarea werden somit im kommenden Jahr differenziert abgebildet. In den DRGs O01D *Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst. od. m. kompliz. Diag., 26 – 33 SSW od. m. kompl. Diag. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., oh. äuß. schw. CC* und O01E *Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose* finden sich ausschließlich Fälle mit sekundärer Sectio caesarea. Die DRG O01F *Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen* bildet sowohl die primäre als auch die sekundäre Sectio caesarea ab.

Gegenstand einzelner Vorschläge war die Abbildung postpartal erbrachter Hysterektomien und anderer aufwendiger Prozeduren in der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. Bei einer postpartalen Aufnahme ins Krankenhaus zu einer Operation erfolgt die Eingruppierung in die DRG O04Z *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur*, bei vaginaler Entbindung in Kombination mit einer komplizierenden OR-Prozedur erfolgt die Zuordnung zur Basis-DRG O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur*. In den Daten der Kalkulationskrankenhäuser fanden sich nur sehr wenige Fälle, die den beschriebenen Konstellationen entsprachen. Dennoch wurde nach Möglichkeiten gesucht, diese Fälle aufwandsgerecht abzubilden. Im Ergebnis konnte der OPS-Code 5-757 *Uterusexstirpation, geburtshilflich* in die Splitbedingung der DRG O02A *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder geburtshilflicher Uterusexstirpation oder komplizierender Konstellation* im Sinne einer Aufwertung aufgenommen werden. Die DRG O04Z *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur* wurde anhand der Prozeduren für Hysterektomien und zahlreicher weiterer aufwändiger Prozeduren wie z.B. Kodes aus 5-652 *Ovariektomie* oder 5-661 *Salpingektomie*, in Anlehnung an die Prozedurentabelle „*Komplizierende OR-Prozeduren bei vaginaler Entbindung*“ aus der Basisbedingung der DRG O02 in die DRGs O04A *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff* und O04B *Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff* gesplittet. Fälle mit einem entsprechenden Leistungsbezeichner werden zukünftig im Sinne einer Aufwertung in der DRG O04A abgebildet.

Ein weiteres Thema im Vorschlagsverfahren war die pränatale Verweildauer von Fällen in einem frühen Schwangerschaftsstadium und Erkrankungen in der Schwangerschaft, die zu einer vorgeburtlichen Aufnahme ins Krankenhaus und einer Abbildung in der Basis-DRG O65 führen. Die Analysen anhand der Codes aus dem Bereich O09.- *Schwangerschaftsdauer* zeigten unterschiedliche Kosten und Verweildauern für Fälle der DRG

O65A *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC* mit einer Schwangerschaftsdauer zwischen der 20. und der vollendeten 33. Schwangerschaftswoche (ICD O09.3 und O09.4) und für Fälle der DRG O65B *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC* mit einer Schwangerschaftsdauer von 26 bis 33 vollendete Wochen (O09.4). Im Ergebnis konnte eine Differenzierung der Basis-DRG O65 anhand der o.g. Schwangerschaftsdauern geschaffen werden.

Zusätzliche Veränderungen der Basis-DRG O65 ergaben sich aufgrund eigener Analysen. Eine verbesserte Abbildung von Fällen mit einer schweren Erkrankung in der Schwangerschaft wie beispielsweise einer Hirnvenenthrombose oder einer Blutung bei Placenta praevia wurde durch Ergänzung der Splitbedingung um diese Diagnosen erreicht, welche zukünftig – in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer – zur Eingruppierung in die DRGs O65A *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen* oder O65B *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äuß. schw. oder schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexe Diagnose, 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW)* führt.

3.3.2.8 Geriatrie

Wie im Vorjahr erreichten uns für die diesjährige Weiterentwicklung im Rahmen des Strukturierten Dialogs wenige Vorschläge zum Themenkomplex der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Die Analyse dieser Vorschläge zur Etablierung von DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in weiteren MDCs bzw. zur Differenzierung der Abbildung der Geriatrie in MDCs mit bereits bestehenden Geriatrie-DRGs erbrachte die Etablierung der neuen DRG H44Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*. Ein Hinweis zur Etablierung weiterer DRGs zeigte sich im Rahmen der Analysen sowohl wegen einer geringen Fallzahl in den vorgeschlagenen MDCs als auch wegen einer sachgerechten Abbildung der betroffenen Fälle nicht.

Da sich in den Analysen kein Hinweis auf eine prinzipielle Untervergütung zeigte, ergab sich ebenfalls kein Anhaltspunkt zur Etablierung eines Zusatzentgelts bei bereits 14 bestehenden DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei vollstationärer Versorgung in acht verschiedenen MDCs.

3.3.2.9 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“
- Alter (Kindersplits)
- Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Kodes 8-988.-)

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2010 zeigten sich die in dieser DRG eingesetzten Definitionskriterien durchweg als weiterhin geeignet für eine aufwandsgerechte Eingruppierung. Ausgehend von Anregungen aus dem Strukturierten Dialog ergab sich aber eine Vielzahl von Verbesserungen im Detail:

- Aufwertung der Prozedur *Knochen transplantation, gefäßgestielt mit mikrovasculärer Anastomose, Karpale* innerhalb der Basis-DRG I32 *Eingriffe an Handgelenk und Hand*
- Kodestreichung der Prozedur für Fingeramputation aus der Tabelle für komplexe Eingriffe an der Hand mit Fallverschiebungen aus den DRGs I32B-D nach I32E-F im Sinne einer Abwertung der betroffenen Fälle
- Ergänzung der DRG I32G *Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe* um weitere, wenig komplexe Prozeduren (Synovialektomie an Sehnen und Sehnencheiden, Eingriffe am Nagelorgan, Resektion von Bandanteilen am Handgelenk)
- Ergänzung der Splitbedingung der DRGs I32B-D um die Diagnose für Pseudarthrose an der Hand im Sinne einer Aufwertung

Im Ergebnis sind neben den durchgeführten Aufwertungen komplexer Eingriffe auch weniger komplexe Eingriffe in aufwandsadäquate DRG-Fallpauschalen verschoben und somit abgewertet worden. Letzteres trägt jedoch – durch eine „Entmischung“ der entsprechenden DRGs – ebenfalls zu einer sachgerechteren Vergütung auch der aufwendigeren handchirurgischen Fälle bei.

3.3.2.10 Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen

Die bereits im Rahmen der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems intensive Analyse von Extremkostenfällen, die z.B. die Etablierung der DRG L38Z *Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* zur Folge hatte, wurde auch in diesem Jahr weiter vorangetrieben. Dies führte dazu, dass erneut die Abbildung teurer und/oder aufwendiger Verfahren auf ihre sachgerechte Darstellung in der MDC 11 untersucht wurde. Im Fokus standen die Implantation endovaskulärer Stentprothesen, die Einführung und der Wechsel von Cochleaimplantaten, die Implantation und der Wechsel von Hirnstimulatoren, Herzklappenersatz, Knochentotalersatz am Femur und Tumorendoprothesen. Die Analysen begründeten die Aufnahme der entsprechenden OPS-Kodes in die DRG L33Z *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane* im Sinne einer Aufwertung.

Ebenfalls erweitert werden konnte die DRG L10Z *Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraler Eingriff* um Fälle, die durch die Bedingung der DRG L03Z *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff* und durch zusätzlich erbrachte große Eingriffe am Darm charakterisiert sind.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und dem NUB-Verfahren wurde die Abbildung von Fällen mit Fluoreszenzzystoskopie mit Hexaminolävlinsäure (HAL) untersucht. Detektiert wurden diese Fälle u.a. anhand von Informationen aus einer ergänzenden Datenbereitstellung. Die Analysen führten zu einer Aufnahme dieser Leistung bei therapeutischen Verfahren, wie der transurethralen Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase mit Hexaminolävlinsäure (OPS 2010: 5-573.41) in die DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterore-*

noskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC. Detaillierte Erläuterungen zur Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System finden sich in Kapitel 3.3.4.

Ein im Vorschlagsverfahren ausführlich beschriebenes Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ stellte die Abbildung von Fällen mit durchgeführter ESWL bei Urolithiasis dar. Kombinationsbehandlungen mit ESWL erzielten teilweise ein niedrigeres Relativgewicht als einfache Behandlungen ohne ESWL. Durch Streichen der Bedingung „ohne extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie“ aus der Definition der DRG L40Z *Diagnostische Ureterorenoskopie* konnte diese Problematik aufgelöst werden.

Des Weiteren wurde eine Wiederaufnahmeproblematik durch Fallsplits bei Fällen mit mehr als einer extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (ESWL) beschrieben. Die vorgeschlagene Lösung bestand in der Etablierung eines Zusatzentgelts für zusätzliche ESWL-Therapien. Auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG war anhand der Patientennummer eine Untersuchung der Patientenkontakte möglich. Dabei zeigte sich lediglich ein sporadisches Auftreten so beschriebener Fälle. Ein systematischer Missbrauch war nicht zu erkennen.

Weiterhin wurden die DRGs L42Z *Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para-/Tetraplegie* und L43Z *Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para-/Tetraplegie* in eine gemeinsame Basis-DRG L42 *Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen* zusammengeführt (siehe auch Kap. 3.3.5.1).

Ein Vorschlag beschrieb die nicht sachgerechte Abbildung ureterorenoskopischer Steinentfernungen mit und ohne Lithotripsie. Diese wurden bisher gemeinsam mit diagnostischen ureterorenoskopischen Verfahren in der DRG L40Z *Diagnostische Ureterorenoskopie* abgebildet. Die beschriebenen Codes waren 2008 in den OPS-Katalog aufgenommen worden und standen in den diesjährigen Daten der Kalkulationskrankenhäuser erstmalig zur Verfügung. Mit dem Ziel einer sachgerechten Abbildung wurden die Prozeduren für die ureterorenoskopische Entfernung eines Steines mit und ohne Lithotripsie (5-550.21 und 5-550.31) aus der DRG L40Z in die DRGs L19Z *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere* und L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* verschoben. Diese Prozeduren werden damit ab 2010 analog zu „Transurethralen Eingriffen und komplexen Ureterorenoskopien“ abgebildet.

Mehrere Dialyseverfahren, die 2009 noch als „Sonstige Dialysen“ (ZE2009-08) in Anlage 6 der FPV als unbewertetes Zusatzentgelt (ZE) abgebildet waren, konnten für das G-DRG-System 2010 bewertet und in die Anlage 5 bzw. Anlage 2 der FPV überführt werden. Es handelt sich dabei um die *Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)* (ZE120), die *Hämodiafiltration, kontinuierlich* (ZE121) und die *Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)* (ZE122). Durch die Aufnahme von OPS-Kodes für arteriovenöse Verfahren bei kontinuierlicher Hämofiltration (CAVH) zusammen mit den Verfahren für *Hämofiltration, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH)*, die 2009 bereits im ZE103 abgebildet waren, konnte das ZE119 *Hämofiltration, kontinuierlich* etabliert werden. Weiterhin unbewertet bleiben das neue ZE2010-82 *Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)* und das ZE2010-08 *Sonstige Dialyse*, das nur noch unspezifische „Sonstige“ und „Nicht näher bezeichnete“ Verfahren beinhaltet. Erweitert wurde für 2010 das ZE36 um Verfahren

der Doppelfiltrationsplasmapherese aus dem Codebereich 8-826, der neu im OPS Version 2010 etabliert wurde. Nähere Informationen zu den Verfahren zur Bewertung der Zusatzentgelte enthält Kapitel 2.5.

In der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* wurde auch in diesem Jahr das Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ thematisiert. So beschrieb z.B. ein Vorschlag die Zuordnung von Fällen mit einer bösartigen Erkrankung der Prostata und schweren Begleiterkrankungen, die bei konservativer Behandlung in der DRG M60A *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC* abgebildet wurden. Die zusätzliche Durchführung einer transurethralen Resektion von Prostatagewebe bildete diese Fälle in der operativen DRG M02Z *Transurethrale Prostatarsektion* mit einer niedrigeren Bewertungsrelation ab. Die Untersuchungen ergaben Kostenunterschiede innerhalb dieser operativen DRG M02Z für Fälle mit äußerst schweren CC und Fälle ohne diesen Leistungsbezeichner. Im Ergebnis wurde die DRG M02Z gesplittet. Die beschriebenen Fälle werden zukünftig in der DRG M02A *Transurethrale Prostatarsektion mit äußerst schweren CC* abgebildet und somit aufgewertet.

Die Zuordnung von Behandlungsfällen mit einer interstitiellen Brachytherapie der Prostata zur DRG M10B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen* wurde bisher nur bei einer Verweildauer von mehr als einem Tag erreicht. Wie im Vorschlagsverfahren beschrieben wurde, führte dies – wenn keine hochkomplexe Chemotherapie durchgeführt wurde – für Fälle mit einer Verweildauer von einem Tag zur Abbildung in der DRG M60C *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie*, die aber die tatsächlich entstandenen Kosten nicht abdeckte. Eine sachgerechtere Darstellung ergab sich nach Analysen durch die Aufnahme der Prozeduren aus dem Codebereich 8-525 *Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden* in die Definition der Basis-DRG M10 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag*, sodass Fälle mit den oben beschriebenen Merkmalen und einem Belegungstag ab 2010 nun in der DRG M10B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie* abgebildet werden.

Wie in den MDCs 11 und 12 wurde auch in der MDC 13 im Rahmen der Extremkostenanalyse für verschiedene Konstellationen eine verbesserte Abbildung geschaffen. Die offen chirurgische Splenektomie wurde in die Funktion „Multiviszeraleingriff“ für Fälle der MDC 13 aufgenommen. Zukünftig werden Fälle mit diesem Leistungsbezeichner aus der DRG N01C *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff* in die N01B *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff* im Sinne einer Aufwertung eingruppiert.

Inhalt eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren war das Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ im Zusammenhang mit der Eingruppierung von Fällen in die DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* bzw. die Basis-DRG N11 *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen*. Fälle mit einer Entfernung von gutartigen Neubildungen aus dem kleinen Becken und dem Douglasraum (z.B. Exzision von Endometrioseherden) wurden in der G-DRG-Version 2009 der Basis-DRG N11 zugeordnet. Eine zusätzlich durchgeführte laparoskopische

Adhäsionolyse am Darm (OPS: 5-469.21) führte zu einer Eingruppierung des Falles in die DRG N08Z mit einer daraus resultierenden – im Vergleich zur Basis-DRG N11 – geringeren Bewertungsrelation. Bei den DRGs der Basis-DRG N11 handelt es sich um sogenannte „operative Reste-DRGs“, die klassischerweise nicht mitsortiert werden. Untersuchungen zeigten, dass die in der Basis-DRG N11 abgebildeten Fälle mit den genannten Prozeduren nicht so teuer waren wie die übrigen Fälle der Basis-DRG N11. Es erfolgte daher eine Aufnahme und damit eine Abwertung bestimmter Prozeduren aus dem Codebereich 5-657 *Adhäsionolyse an Ovar und Tuba uterina ohne mikrochirurgische Versorgung* sowie der Codes 5-702.2 *Exzision von erkranktem Gewebe des Douglasraumes* und 5-702.4 *Destruktion von erkranktem Gewebe des Douglasraumes* in die DRG N08Z. Für Fälle, die zuvor in der DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie* abgebildet waren und die aufgrund dieser Änderung ab 2010 der DRG N08Z zugeordnet werden, bedeutet dies hingegen eine Aufwertung.

Untersucht wurde auch die Zuordnung von Fällen mit Fehlbildungen im Genitalbereich bei androgenitalem Syndrom (Diagnose aus Q52.- *Sonstige angeborene Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane*) und einer operativen Versorgung. Zahlreiche Untersuchungen begründeten eine Aufwertung der Prozeduren für die Rekonstruktion der Vagina sowie die plastische mikrochirurgische Rekonstruktion der Vulva. Fälle mit diesem Attribut werden im G-DRG-System 2010 der DRG N03A *Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva* zugeordnet und werten damit überwiegend Fälle aus den DRGs N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* und N01E *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC* auf.

3.3.2.11 Intensivmedizin

Die sachgerechte Abbildung intensivmedizinischer Leistungen war in den zurückliegenden Jahren eines der zentralen Themen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Dabei wurden mehrere Wege parallel beschritten:

- Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs der Prä-MDC
- Berücksichtigung der *intensivmedizinischen Komplexbehandlung* anhand der Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score)
- Einbeziehen der ab 2008 erstmals gültigen Codes für die *intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter*
- Analyse intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren mit nachfolgender Berücksichtigung in zahlreichen DRG-Definitionen oder Splitkriterien, z.B. im Rahmen der Funktion *Komplizierende Konstellationen*
- 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 2010 vorgenommenen Veränderungen in diesem Bereich stellen somit vor allem Ergänzungen und Verfeinerungen bewährter Lösungen dar.

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 Altersplits zur Anwendung, andererseits werden auch kinderspezifische Diagnosen oder Prozeduren als Definitionskriterium verwendet.

Außerhalb der Prä-MDC zeigen sich Altersplits 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 war 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* stellten einen ersten Zwischenschritt dar. Mit Hilfe dieser nach Behandlungsdauer in Stunden differenzierten Kodes konnten für die G-DRG-Version 2010 bereits einzelne spezifische DRGs für die intensivmedizinische Versorgung von Kindern ohne Langzeitbeatmung etabliert werden, die vorgenommenen Veränderungen werden im Kapitel 3.3.2.21 ausführlich dargestellt.

Ab 2010 stehen im OPS die neu gestalteten Kodes 8-98d.- *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter*, die ähnlich den Kodes aus 8-980.- nach Aufwandspunkten differenziert sind, jedoch zahlreiche Besonderheiten der pädiatrischen Intensivmedizin berücksichtigen, für eine aufwandsgerechte Verschlüsselung zur Verfügung.

Weitere Differenzierung der Beatmungs-DRGs der PräMDC

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. 2008 lag der Schwerpunkt der Weiterentwicklung auf einer weiteren Ausdifferenzierung der jeweils rangniedersten Fallpauschalen der Basis-DRGs A07, A09, A11 und A13, in denen sich sowohl vergleichsweise gering aufwendige Fälle mit Langzeitbeatmung als auch wesentlich komplexere Intensivfälle, die aber von keinem der bisher eingesetzten Splitkriterien erfasst wurden, fanden. Hier gelang für 2009 eine deutliche Verbesserung durch den Einsatz einer in einer Vielzahl von Analysen erarbeiteten Hauptdiagnosenliste als DRG-Splitkriterium. Die Veränderungen der Vorjahre zeigten sich auch auf den Kalkulationsdaten des Jahres 2008 weiterhin als geeignete Kostentrenner, sodass die Beatmungs-DRGs der PräMDC für 2010 nur noch geringfügig modifiziert wurden:

- Aufwertung der Fälle mit einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in den Basis-DRGs A09, A11 und A13
- Ergänzung bestehender Splitbedingungen in den Basis-DRGs A09, A11 und A13 um die Prozeduren ECMO sowie bestimmte invasive Hypothermieverfahren
- Aufwertung bestimmter, hochkomplexer Diagnosen wie generalisierte Mucositis bei Immunsuppression und Zustand nach Organtransplantation

- Verschiebung der Fälle mit einer endoskopischen Blutstillung bei Oesophagusvarizenblutung aus der DRG A13G in die DRG A13F

Im Ergebnis wurde durch diese Umbauten insbesondere eine weitere Entmischung der jeweils rangniedersten Fallpauschalen der Basis-DRGs A09, A11 und A13 erreicht.

DRGs für Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Wie im Vorjahr wurden die innerhalb der einzelnen organbezogenen MDCs etablierten DRG-Fallpauschalen für die intensivmedizinische Komplexbehandlung (ab 553 / 1.105 Punkten) gemäß ihren mittleren Inlierkosten in den Algorithmus der Prä-MDC einsortiert, um eine „Mindervergütung bei Mehrleistung“ strikt zu vermeiden.

In Einzelfällen ergaben sich durch die Neusortierung anhand aktueller Kostendaten Fallverschiebungen (siehe Migrationstabelle), grundsätzliche Veränderungen dieser DRGs wurden für 2010 nicht vorgenommen.

Komplizierende Konstellationen

Die Berücksichtigung intensivmedizinisch relevanter, aufwendiger Prozeduren in zahlreichen DRG-Definitionen und Splitkriterien mittels der Funktionen „Komplizierende Konstellationen“ hat sich in den zurückliegenden Jahren bewährt. Für 2010 wurden diese Funktionen nur im Detail verändert.

3.3.2.12 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2010 wurde in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane*, angeregt durch einen eingereichten Vorschlag, eine Untersuchung zum Thema „kardiorespiratorische Polysomnographie“ durchgeführt. Fälle mit Schlafapnoesyndrom werden in die bereits seit langem etablierte DRG E63Z *Schlafapnoesyndrom* gruppiert. Die Untersuchung hat gezeigt, dass eine Vielzahl von Fällen mit „kardiorespiratorischer Polysomnographie“ neben der DRG E63Z auch in andere DRGs unterschiedlicher MDCs gruppiert werden, z.B. DRG U64Z *Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen*. Mit dem Ergebnis einer MDC-Umleitung in der Prä-MDC an hinterer Abfrageposition werden im G-DRG-System für 2010 Fälle mit kardiorespiratorischer Polysomnographie und ein oder zwei Belegungstagen der MDC 04 zugeordnet. Zudem wurde die Bedingung der Basis-DRG E63Z um Fälle mit kardiorespiratorischer Polysomnographie und ein oder zwei Belegungstagen erweitert. Durch die Etablierung der Prä-MDC-Umleitung werden aufwandsähnliche Fälle in die DRG E63Z *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage* gruppiert.

Statt der bisherigen Abbildung von Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 72 Stunden innerhalb der Basis-DRG E77 *Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* konnte nunmehr eine eigene DRG E77A etabliert werden. Darüber hinaus ergab sich die Kodestreichung des Diagnosekodes J12.1 für *Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren [RS-Viren]* aus der Splitbedingung „komplexe Diagnose“ innerhalb der Basis-DRG E77 und somit eine Fallverschiebung von der DRG E77B in die E77C. Aus der Kodenaufnahme des Diagnosekodes J15.0 für *Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae* in die DRG E77C resultierte eine Fallverschiebung von der DRG E77F in die DRG E77C. Die Kodenaufnahme bzw. -verschiebung einiger weiterer vorgeschlagener Diagnosekodes konnte aufgrund einer Verschlechterung für das Gesamtsystem nicht durchgeführt werden.

Ein weiteres Beispiel für die diesjährige Weiterentwicklung der MDC 04 ist der Umbau der Basis-DRG E01 *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax*. Die Splitbedingung der DRG E01A wurde derart verändert, dass Fälle mit hochkomplexen Eingriffen (erweiterte Resektionen) oder komplizierenden Konstellationen oder mit der Diagnose Pyothorax mit Fistel in die DRG E01A gruppiert werden. Zudem wurde der PCCL aus der Splitbedingung der DRG E01A gestrichen. Nach dieser Änderung konnte die DRG E01C *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit anderem komplexen Eingriff am Thorax außer Endarteriektomie der A. pulmonalis* (G-DRG-System 2009) bei Kosten- und Verweildauerähnlichkeit mit der DRG E01B *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose* zusammengefasst werden.

3.3.2.13 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.

Auch 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.

Wie im vergangenen Jahr gingen auch im diesjährigen Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2010 zahlreiche Vorschläge zur Abbildung der endovaskulären bzw. der transapikalen Implantation eines Herzklappenersatzes ein. Diese Leistungen waren für das Jahr 2009 in drei unterschiedlichen NUB-Kategorien berücksichtigt und mit NUB-Status 1 beschieden worden, da die Integration dieser Leistungen in das G-DRG-System 2009 in der letztjährigen Weiterentwicklung wegen einer nicht belastbaren Datengrundlage noch nicht gelungen war. Im G-DRG-System des Jahres 2009 führten die Prozeduren für die endovaskuläre Implantation eines Aorten-, Pulmonal- oder Mitralklappenersatzes somit in die DRGs F07Z *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation* und F31Z *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine oder endovaskuläre Implantation einer Herzklappe, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation*. Fälle mit transapikalem Aortenklappenersatz wurden gemäß der G-DRG-Version 2009 in die Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen* eingruppiert.

Auf Basis der Datengrundlage des Jahres 2008 konnten in der diesjährigen Kalkulation zahlreiche Analysen zu den o.g. Leistungen durchgeführt werden, die die Angaben aus dem NUB-Verfahren bezüglich der hohen Implantatkosten bestätigten und zur Etablierung der neuen DRG F98Z *Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz* sowie zu einer deutlichen Aufwertung der betroffenen Fälle führten.

Eine Abbildung von Fällen mit Mitralklappenanuloplastie in der DRG F98Z gelang aufgrund nicht ausreichender Datengrundlage für die G-DRG-Version 2010 nicht, sodass im Rahmen der Beurteilung der NUB-Anfragen für das Jahr 2010 zu diesem Themenkomplex eine differenzierte Betrachtung notwendig wird.

Weitere Änderungen in der Herzchirurgie betrafen die Abbildung von Fällen mit intraoperativer Ablation am Herzen. Bereits im G-DRG-System 2007 wurden Fälle mit intraoperativen ablativen Maßnahmen in diversen DRGs aufgewertet. Die durch Vorschläge angeregten Analysen der diesjährigen Kalkulation ermöglichten auf Basis einer verbesserten Kalkulationsgrundlage Aufwertungen der betroffenen Fälle beispielsweise von der DRG 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, ohne intraoperative Ablation* in die DRG F03D *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler oder mit komplexem Eingriff, mit intraoperativer Ablation oder Alter < 16 Jahre*.

Zum Themenkomplex der interventionellen ablativen Maßnahmen bei Tachyarrhythmie wurde in den Vorjahren von der Fachgesellschaft wiederholt ein komplexer Umbau der Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie* angeregt. Trotz multipler Analysen konnte dieser Vorschlag bisher nicht in vollem Umfang umgesetzt werden, da es sich bei den vorgeschlagenen Splitkriterien mehrheitlich um optionale OPS-Kodes handelte. Eine vollständige Kodierung dieses Bereichs mit amtlichen Codes war erstmals im Datenjahr 2008 möglich, sodass in der diesjährigen Weiterentwicklung eine Umsetzung des Vorschlags möglich war. Die komplexen Veränderungen werden in der folgenden Tabelle 16 dargestellt:

G-DRG-System 2009			G-DRG-System 2010		
DRG	Kriterium	RG	DRG	Kriterium	RG
F50A	Komplexe Ablation (z.B. mit transseptaler Linksherzkatheteruntersuchung)	3,005	F50A	Ablation mit 3D-Mappingverfahren bei KHK oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof	3,122
F50B	Komplizierender Eingriff und äußerst schwere CC	2,785	F50B	Transseptale Linksherzkatheteruntersuchung	2,614
F50C	Komplizierender Eingriff oder Alter < 16 Jahre	1,640	F50C	Ablation mit 3D-Mappingverfahren	2,082
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	1,402	F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie	1,448

Tabelle 16: Komplexer Umbau der Basis-DRG F50 Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie

Nachdem in der G-DRG-Version 2009 die sachgerechte Abbildung von Fällen mit einem Belegungstag bei invasiver kardiologischer Diagnostik unter Beibehaltung der Sortierung von konservativer und anderer Partition in der MDC 05 erfolgt war, erwiesen sich in der diesjährigen Weiterentwicklung bestimmte aufwendige diagnostische Prozeduren als Kostentrenner. Es erfolgte eine Aufwertung beispielsweise von Fällen mit einer kathetergestützten elektrophysiologischen Untersuchung des Herzens oder kardialem Mapping durch Split der DRG F49F *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre* anhand bestimmter kardiologischer Diagnostik.

Die im G-DRG-System 2008 begonnene Erhöhung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit des G-DRG-Systems wurde für die G-DRG-Version 2010 innerhalb der MDC 05 fortgeführt. Nachdem im vergangenen Jahr zahlreiche Entkondensationen sowohl einer Vielzahl der DRGs der medizinischen Partition als auch der operativen Partition erfolgten und dadurch in einem weiteren Schritt themenverwandte DRGs wieder eine gemeinsame Basis-DRG hatten, waren nun weitere Basis-DRG-Umbenennungen möglich. So gelang z.B. die Abbildung der koronaren Bypass-Operation, die bislang in den Basis-DRGs F06 *Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik*, F16 *Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit Reoperation, Infarkt oder intraoperativer Ablation*, F23 *Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne Reoperation, ohne Infarkt* und F53 *Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren* abgebildet war, in der gemeinsamen Basis-DRG F06 *Koronare Bypass-Operation*. Die verschiedenen Maßnahmen zur Erhöhung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit sind in Kapitel 3.3.5.1 detailliert dargestellt.

3.3.2.14 Onkologie

Die in der Vergangenheit bereits intensiv verfolgte Differenzierung der Abbildung onkologischer Fälle stand erneut im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2010.

In der MDC 17 wurde in den vergangenen Jahren eine Spezifizierung verschiedenster DRGs vor allem durch die Einführung neuer Splits bzw. die Erweiterung bestehender Splitmerkmale anhand von Kriterien wie Alter, PCCL, Chemotherapie sowie bestimmten komplizierenden Diagnosen und Prozeduren erreicht. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2010 wurde die weitere Spezifizierung der DRGs der MDC 17 vor allem durch die Streichung bzw. Abwertung unspezifischer Diagnosen vorangetrieben. Dies betrifft die im Folgenden aufgeführten Punkte:

- Streichung unspezifischer Diagnosen („sonstige“, „nicht näher bezeichnet“) für *Agranulozytose und Neutropenie* (ICD-10 D70.-) aus den Splitbedingungen der Basis-DRGs R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* und R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen*
- Streichung der Diagnose C83.9 *Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet* aus der Splitbedingung der DRG 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*
- Abwertung des CCL-Wertes von D63.0 *Anämie bei Neubildung* und von sieben Codes aus D70.- in den Basis-DRGs R61, R62, R63 *Andere akute Leukämie* und R65 *Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag* auf null

Darüber hinaus führte die Analyse der DRGs der medizinischen Partition der MDC 17 nach weiteren möglichen Kostentrennern zu einer Aufwertung von Fällen mit komplexen Diagnosen wie beispielsweise bakterielle Pneumonien, Lungenembolie mit Cor pulmonale, Pfortaderthrombose etc. von der DRG R62B *Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose* in die DRG R62A *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder ohne komplizierende Diagnose, ohne*

Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose.

Aufgrund eigener Analysen konnte die Abbildung langzeitbeatmeter Fälle mit Komplikationen wie der generalisierten Mukositis bei Immunkompromittierung (ICD-10 K91.80) durch Aufnahme dieser Diagnose in Splitbedingungen der Basis-DRGs A11 *Beatmung > 249 und < 500 Stunden* und A13 *Beatmung > 95 und < 250 Stunden* verbessert werden.

Außerhalb der MDC 17 wurden verschiedene Analysen hinsichtlich einer Verbesserung der Abbildung onkologischer Fälle unternommen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Abbildung von Fällen mit bösartiger Neubildung (inklusive Melanom) an unterer Extremität und Becken, die in Verbindung mit komplexen OR-Prozeduren in die Definition der DRG I02B *Gewebe-/Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompl. Konstellation, Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und komplexer OR-Prozedur* aufgenommen und damit innerhalb der Basis-DRG I02 *Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden und schweren CC oder mit äußerst schweren CC* aufgewertet wurden. Zusätzlich führt ab 2010 in der Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals* das Vorliegen von Diagnosen für primäre bösartige Neubildungen von Knochen, peripheren Nerven oder Bindegewebe zu einer Höhergruppierung der entsprechenden Fälle von der DRG I06D *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung oder bösartige Neubildung, mit äußerst schweren CC* in die DRG I06C *Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entz. Erkrankung od. bösartiger Neubildung, mit auß. schweren CC oder Halotraktion oder mit Korrekturspondylodese > 6 Segm..*

Für den Bereich Strahlentherapie bzw. Radiologie erreichten uns Hinweise bezüglich einer nicht sachgerechten Abbildung von Fällen mit Brachytherapie der Prostata und einem Belegungstag. Diese wurden bisher – in Abhängigkeit der Durchführung einer Chemotherapie – in die DRGs M60B *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hochkomplexer Chemotherapie* bzw. M60C [...], *ohne hochkomplexe Chemotherapie* eingruppiert, da eine Zuordnung zur Basis-DRG M10 *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag* eine Verweildauer von mehr als einem Belegungstag erfordert hätte. Für die G-DRG-Version 2010 konnten die Prozeduren für *Sonstige Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden* (OPS 8-525) in die Definition der Basis-DRG M10 aufgenommen werden. Dadurch werden ab 2010 Fälle mit dieser Leistung und einem Belegungstag der DRG M10B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie* zugeordnet und damit aufgewertet.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System für 2010 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in den Kapiteln Extremerkostenfälle (3.3.2.5), Intensivmedizin (3.3.2.11), Abdominalchirurgie (3.3.2.20) und Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen (3.3.2.10) beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung onkologischer Fälle 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 bewerteter Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Trabectedin, parenteral* (ZE117)
- Schaffung neuer unbewerteter Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Sunitinib, oral* (ZE2010-74) oder *Gabe von Temsirolimus, parenteral* (ZE2010-76)
- Aufnahme der selektiven intravaskulären Radionuklidtherapie (SIRT) mit Rhenium-188-markierten Mikrosphären in das unbewertete Zusatzentgelt ZE2010-65 *Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären*
- Erweiterung des ZE2009-49 *Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion* um die hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion
- 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 neuer Kinderdosisklassen bei sieben neuen Zusatzentgelten (z.B. ZE118 *Gabe von Abatacept, parenteral* und ZE2010-79 *Gabe von Nelarabin, parenteral*).

Aufgrund von Änderungen im OPS Version 2010 wird zukünftig die Abbildung von Fällen mit Chemotherapie genauer analysierbar sein. Hier wurden die Codes 8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie* und 8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* weiter differenziert nach der Dauer der Anwendung und der Anzahl der verwendeten Medikamente.

3.3.2.15 Parkinson-Syndrom

Zum Themenkomplex Parkinson-Syndrom ging im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens nur eine sehr geringe Anzahl von Vorschlägen ein. Hier wurde u.a. um Überprüfung der Abbildung von Fällen mit Progressiver supranukleärer Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom] in der Basis-DRG B67 und mit striatonigraler Degeneration in der Basis-DRG B85 gebeten. Im Ergebnis sind beide Diagnosen in der jeweiligen DRG sachgerecht abgebildet, sodass hier kein Änderungsbedarf vorlag.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren folgend wurden Fälle mit einem primären Parkinson-Syndrom, Demenz und einer organischen Halluzinose innerhalb der Basis-DRG B67 aufgewertet.

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 sowie die Optimierung einer Behandlung mit Apomorphin (8-97e.1) differenziert. Dieser Code wird im kommenden Jahr erstmals in den Kalkulationsdaten vorliegen und kann somit in der Kalkulation des G-DRG-Systems 2011 untersucht werden.

3.3.2.16 Polytrauma

Zur sachgerechten Abbildung von Patienten mit lebensbedrohlichen Mehrfachverletzungen dient im G-DRG-System eine eigenständige MDC 21A *Polytrauma*. Die Zuordnungslogik zu dieser MDC lehnt sich – soweit dies die über die kodierten Diagnose-

kodes verfügbaren Informationen erlauben – an die klinisch gebräuchliche Definition des Polytraumas als „mehrere Verletzungen verschiedener Körperregionen, wobei mindestens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer Verletzungen lebensbedrohlich ist“ an.

Daher enthalten die für die Zuordnung zur Polytrauma-MDC verwendeten Diagnoselisten sowohl schwerste Verletzungen als auch Traumadiagnosen, die typischerweise vor allem in Kombination mit anderen Verletzungen lebensbedrohlich sind. Eine zu permissive Definition mit Zuordnung vergleichsweise wenig komplexer Verletzungsmuster kann jedoch zu einer starken Beimischung weniger schwer verletzter Fälle mit entsprechender Abwertung der DRG-Fallpauschalen für schwerste Mehrfachverletzungen führen. Aus diesem Grund wird die Zuordnungslogik der MDC 21A *Polytrauma* jedes Jahr erneut auf Möglichkeiten zur Umsetzung einer noch präziseren Definition geprüft, obwohl dies mit erheblichem Berechnungs- und Prüfaufwand verbunden ist, da Änderungen der Polytraumalogik regelhaft zu MDC-übergreifenden Fallverschiebungen führen.

Die DRG-Fallpauschalen für polytraumatisierte Patienten haben in der G-DRG-Version 2010 deutliche Veränderungen erfahren. Einerseits wurde die oben skizzierte Zuordnungslogik zur MDC 21A *Polytrauma* weiter geschärft: Beispielsweise stellen eine offene Unterarmfraktur mit Weichteilschaden I. Grades oder nicht näher bezeichnete urogenitale Verletzungen keine schweren Verletzungen im Sinne der Polytrauma-Definition mehr dar. Andererseits konnten komplexe Fallkonstellationen innerhalb der MDC 21A *Polytrauma* deutlich aufgewertet werden. So werden komplexe intraabdominelle Eingriffe für 2010 nicht mehr der Basis-DRG W04 *Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren*, sondern der entsprechend höher bewerteten Basis-DRG W02 *Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen* zugeordnet.

Eine weitere Veränderung ist der für 2010 erstmals vorgenommene Split der Basis-DRG W61 *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe* anhand einer Liste komplizierender Diagnosen. Durch diesen Umbau werden Diagnosen wie Schädelbasisfrakturen und Frakturen des ersten oder zweiten Halswirbels für 2010 in der Basis-DRG W61 deutlich aufgewertet.

3.3.2.17 Querschnittlähmung

Nachdem der Themenbereich Chronische Querschnittlähmung bereits einen Schwerpunkt der Weiterentwicklung der letzten beiden Jahre gebildet hatte, wurden in diesem Jahr erneut umfangreiche und detaillierte Analysen im gesamten G-DRG-System durchgeführt, mit dem Ziel einer sachgerechten Abbildung entsprechender Fälle.

Im Ergebnis wurden Fälle mit chronischer Querschnittlähmung in verschiedenen MDCs aufgewertet. So wurde in der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen* die DRG K62Z *Verschiedene Stoffwechselerkrankungen* u.a. anhand der Nebendiagnosen für chronische Querschnittlähmung gesplittet. Diese Fälle werden nun in die neue DRG K62A *Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para-/Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose* gruppiert und somit aufgewertet. Weitere Aufwertungen konnten in folgenden Basis-DRGs erreicht werden:

- E40: Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden (MDC 04)
- G67: Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane (MDC 06)

- I68: Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich (MDC 08)
- T60: Sepsis (MDC 18B)

Zur Abbildung der im Vorschlagsverfahren vorgetragenen Thematik der akuten Querschnittlähmung in der DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* wurden erneut Analysen durchgeführt. Allerdings konnte auf der vorhandenen Datengrundlage keine Änderung der Zuweisungslogik der DRG B61Z begründet werden. Es bleibt zu hoffen, dass die Bemühungen zur Konkretisierung der OPS-Kodes für die Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung sowie die Ausweitung der Kalkulationsgrundlage auf Spezialkliniken dies in Zukunft möglich machen werden.

3.3.2.18 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

In der diesjährigen Analyse der „Kraniotomie-DRGs“ B02 und B20 wurden verschiedene Diagnosekodes als Splittkriterium untersucht. Demzufolge wurde die Prozedur für intrakranielle selektive Embolisation mit Flüssigkeiten aus der Tabelle für komplexe Prozeduren der DRGs B02 und B20 gestrichen und damit ebenso abgewertet wie die Diagnosen für verschiedene subdurale Blutungen in der Basis-DRG B20. Dort gelangen Fälle mit Trigeminusneuralgie nur noch zusammen mit einer bestimmten Prozedur (Schädeleröffnung durch Kraniotomie, Dekompression intrakranieller Nerven) in die DRG B20E.

Des Weiteren wurden unspezifische Zugangskodes aus der Basis-DRG B20 gestrichen.

3.3.2.19 Schlaganfall

Die Anzahl der Vorschläge, die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zum Thema Schlaganfall-Behandlung eingegangen sind, ist in den letzten Jahren kontinuierlich zurückgegangen. So wurden im Vorschlagsverfahren 2010 lediglich zwei Vorschläge in diesem Bereich eingebracht, von denen einer um die Analyse der Diagnosen für verschiedene arterielle Verschlüsse und Stenosen in der CCL-Matrix bat, der andere die Überprüfung der Abbildung von Fällen mit neurologischer Komplexbehandlung sowie anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls zum Inhalt hatte.

Der Themenkomplex „Schlaganfall“ war in den letzten Jahren wiederholt Gegenstand intensiver Analysen. So wurden im Vorjahr erneut umfangreiche Umbauten in diesem Bereich vorgenommen, wie die Auflösung der „Schlaganfall-Umleitung“ auf Prä-MDC-Ebene mit daraus resultierender Abbildung von Fällen mit Apoplex und Beatmung in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC. Eine weitere umfassende Änderung betraf den OPS-Kode 8-98b *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*, welcher in den Basis-DRGs B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse* und B70 *Apoplexie* neben dem OPS-Kode 8-981 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* als gruppierungsrelevantes Merkmal eingeführt und Fälle mit dieser Leistung somit aufgewertet wurden.

Diese Umbauten auf Basis des OPS-Kodes 8-98b wurden, wie im letztjährigen Abschlussbericht angekündigt, in diesem Jahr erneut analysiert. Die in Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren bemängelte Konstellation, dass in Einzelfällen Inlier mit *anderer*

neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ein leicht höheres Relativgewicht erzielen konnten als Fälle mit der (typischerweise aufwendigeren) *neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*, besteht für 2010 nicht mehr. Im Ergebnis führen im G-DRG-System 2010 nun sowohl Fälle mit dem OPS-Kode 8-98b.0 *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden*, die weder einen komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus noch eine komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse haben, als auch die *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden* (OPS-Kode 8-981.0) in die DRG B70D.

Der Umbau der Basis-DRG B70 beinhaltete weiterhin die Aufnahme der Diagnosen für Hirnmetastasen, Thrombose der Arteria basilaris und verschiedener Epilepsien in die Tabelle für „Komplexe Diagnosen bei Apoplexie“, die bisher vor allem intrakranielle Blutungen enthielt. Zudem wurden die Splitbedingungen innerhalb der Basis-DRG B70 derart geändert, dass im G-DRG-System 2010 nunmehr eine Nebendiagnose statt bisher der Hauptdiagnose aus o.g. Tabelle zur Höhergruppierung ausreicht. Die Folge ist eine Aufwertung der betroffenen Fälle.

Mit der Aufnahme der Prozedur 8-981.1 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden* in die Splitbedingungen der Beatmungs-DRGs A09E, A11F und A13F gelang es, Fälle mit Apoplex und Beatmung in den genannten DRGs besser zu stellen.

Die 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 regelmäßige Überprüfung der Klassifikation notwendig. Wie bereits im letzten Jahr angekündigt, sind weiterhin Kostenveränderungen allein auf Basis der sich ändernden Kodierung zu erwarten.

Die Analysen der CC-Werte für Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien erbrachten ein uneinheitliches Bild und somit kein umsetzbares Ergebnis.

3.3.2.20 Unfallchirurgie/Orthopädie/Abdominalchirurgie

Unfallchirurgie/Orthopädie

Ausgehend von zahlreichen Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens lag ein Schwerpunkt der Umbauten im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2010 in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* in der weiteren Differenzierung der Abbildungsmöglichkeit von Mehrfacheingriffen, Eingriffen an der Wirbelsäule und Extremitäten. Weitere wichtige Themen des Vorschlagsverfahrens betrafen die Endoprothetik sowie die Gleichbehandlung bestimmter Leistungen.

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 2010 beschrieben.

Im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie wurde, einem Vorschlag folgend, die sachgerechte Abbildung komplexer Spondylodesen verfeinert. Prozeduren für die primärstabile

dorsal instrumentierte sowie für die primärstabile dorsal und ventral kombinierte instrumentierte Korrekturspondylodese über mehr als sechs Segmente führen im G-DRG-System 2010 in die DRG I06C *Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entz. Erkrankung od. bösartiger Neubildung, mit äuß. schweren CC oder Halotraktion oder mit Korrekturspondylodese > 6 Segm.* im Sinne einer Aufwertung.

In der Folge eines weiteren Vorschlages wurden Fälle mit dem Leistungsbezeichner 8-410.0 *Extension an der Schädelkalotte: Halotraktion*, die die Eingangsdefinition der Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals* erfüllen, untersucht. Diese Fälle werden im G-DRG-System 2010 ebenfalls der DRG I06C zugeordnet und damit aufgewertet.

Weitere aufwendige Fälle innerhalb der Basis-DRG I06 wurden durch eigene umfangreiche Analysen ermittelt und aufgewertet. Im G-DRG-System 2010 werden Fälle mit komplexen Eingriffen an Wirbelsäule, Kopf oder Hals bei malignen Neubildungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes mit Ausnahme der Diagnose für sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks in die DRG I06C eingeordnet.

Die Abbildung von Kyphoplastien (OPS: 5-839.a) konnte, angeregt durch das Vorschlagsverfahren, weiterentwickelt werden. Die Kyphoplastie von zwei Wirbelkörpern wird gegenüber der an einem Wirbelkörper ab 2010 aufgewertet und in der DRG I09E *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit Osteosynthese durch intervertebrale Cages oder mit Kyphoplastie bis 2 Segmente ohne äußerst schwere CC oder mit Wirbelkörperersatz oder bei Para-/Tetraplegie* abgebildet.

Zusätzliche eigene Analysen im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie zielten darüber hinaus auf die sachgerechtere Abbildung von Fällen mit mehrzeitigen Eingriffen ab. Bestimmte mehrzeitige Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf oder Hals werden innerhalb der Basis-DRG I06 im G-DRG-System 2010 der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule m. Wirbelsäulenrelease od. Korrektur Thoraxdeformität, Alter < 16 J. od. bei Para-/Tetraplegie m. äuß. schw. CC od. m. best. mehrzeitigen Eingriffen od. m. sehr komplexem Eingriff bei schw. entzündlicher Erkrankung* zugeordnet und damit aufgewertet. Ebenfalls aufgewertet wurden bestimmte mehrzeitige Eingriffe an der Wirbelsäule innerhalb der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule*. Diese Leistungen werden zukünftig in der DRG I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese oder Kyphoplastie* abgebildet.

Weitere Untersuchungen der Leistungsabbildung in der Wirbelsäulenchirurgie führten in der Basis-DRG I09 zum einen zu einer Abwertung der Leistungen „Osteosynthesen durch Drahtcerclage bzw. durch Klammersystem an der Wirbelsäule“ mit einer Eingruppierung, die zukünftig in die DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, ohne Wirbelfraktur, außer bei Para-/Tetraplegie* führt, soweit keine äußerst schweren CC vorliegen. Andererseits erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit einer Hauptdiagnose für eine Wirbelkörperfraktur innerhalb der Basis-DRG I10 mit Einordnung im G-DRG-System 2010 in die DRG I10C. Bedingt durch eine Streichung der Bedingung „und keine Hauptdiagnose Knocheninfektion“ aus der Definition der Basis-DRG I10 konnte infolge eines Vorschlags zum einen eine Logikvereinfachung herbeigeführt und zum anderen die Eingruppierung bestimmter Fälle in die Fehler-DRG 901 im G-DRG-System 2010 vermieden werden.

Eigene Analysen bezüglich einer verbesserten Abbildung hochaufwendiger Fälle führten zu einer Erweiterung der Definition der DRG I02B *Gewebe-/Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompl. Konstellation, Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteil-*

schaden, m. äuß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und komplexer OR-Prozedur. Bestimmte bösartige Neubildungen an Bindegewebe und Knochen in Kombination mit komplexen OR-Prozeduren führen bei Fällen, die die Definition der Basis-DRG I02 Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden und schweren CC oder mit äußerst schweren CC erfüllen, im G-DRG-System 2010 ebenso in die DRG I02B im Sinne einer Aufwertung wie Fälle mit einer komplexen Vakuumbehandlung in Verbindung mit einer komplexen Gewebetransplantation. Aufgewertet wurden darüber hinaus Fälle mit komplexen Gewebe-/Hauttransplantationen (entsprechend der Definition der Basis-DRG I02) und hochaufwendigen Implantaten mit einer Eingruppierung im G-DRG-System 2010 in die DRG I26Z Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe-/Hauttransplantation.

Im Bereich der Endoprothetik wurde der Wechsel einer Sprunggelenkendoprothese, einem eingegangenen Vorschlag folgend, mit Zuordnung dieser Leistung zur Basis-DRG I43 *Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk oder am Sprunggelenk* aufgewertet. Ein weiterer Vorschlag betraf die Gleichbehandlung der Codes für den Wechsel einer Endoprothese am Hüftgelenk (OPS-Kode 5-821). Die Abbildung der Codes für den Wechsel einer Duokopf- bzw. Oberflächenersatzprothese erfolgt im G-DRG-System 2010 zusammen mit den übrigen endoprothetischen Wechseloperationen an der Hüfte (OPS-Kodebereich 5-821) in gemeinsamen Tabellen der Basis-DRGs I01 *Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose*, I03 *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*, I12 *Knochen- und Gelenkinfektion/-entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und I46 *Prothesenwechsel am Hüftgelenk*. Gefolgt wurde darüber hinaus Vorschlägen, bestimmte Codes abzuwerten: Der Prozedurenkode 5-823.0 *Revision (ohne Wechsel) einer Endoprothese am Kniegelenk* wurde ebenso aus der Basis-DRG I04 *Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen* gestrichen wie der Diagnosekode M89.55 *Osteolyse: Beckenregion und Oberschenkel* aus der Tabelle für komplizierende Diagnosen bei Eingriffen am Hüftgelenk der Basis-DRG I03.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens gingen mehrere Problembeschreibungen ein, die eine Ungleichbehandlung ähnlicher Leistungen zum Thema hatten. Die im Rahmen dieser Problembeschreibungen durchgeführten Analysen führten zu einer Aufwertung der Prozedurenkodes für Sequesterotomien. Diese Leistungen werden den Codes für das Debridement am Knochen gleichgestellt und im G-DRG-System 2010 ebenfalls in der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule* abgebildet. Durch Koderverschiebung des Codebereichs für die offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich langer Röhrenknochen (OPS-Kode 5-793) in die Tabelle „Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk“ der umbenannten Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk* wurde die Ungleichbehandlung von Einfach- bzw. Mehrfachfrakturen in Bezug auf diesen Codebereich ebenfalls beseitigt. Eine Gleichbehandlung im Sinne einer Abwertung einer offenen Reposition von Luxationen im Bereich des Akromioklavikulargelenks (OPS-Kodes 5-79b.-1) mit anderen Eingriffen am Schultergelenk wurde durch eine Verschiebung dieser OPS-Kodes in die DRG I16Z *Andere Eingriffe am Schultergelenk* herbeigeführt. Umfangreiche Analysen im Rahmen der Vorschlagsbearbeitung, die Abbildung von Biopsien und partiellen Knochenresektionen in der MDC 08 zu untersuchen, führten im

Endergebnis zu einer Streichung der DRG I25Z *Diagnostische Eingriffe an Knochen und Gelenken einschließlich Biopsie* mit Zuordnung der Leistung „Biopsie an Knochen und Gelenken“ zu den Tabellen der entsprechenden Prozedurenkodex für partielle Resektionen. Dies bedeutet je nach erreichter Ziel-DRG eine Auf- bzw. Abwertung der Leistung „Biopsie an Knochen und Gelenken“.

In den zurückliegenden Jahren wurde im Vorschlagsverfahren die Aufwertung von Materialkombinationen bei Osteosynthesen beantragt. Eine Aufwertung war vermutlich deshalb nicht möglich gewesen, da keine genaue Definition einer Materialkombination vorhanden war. Insofern wurden unterschiedliche Kombinationen gleich kodiert, was aufwendige Kombinationen nicht von einfachen unterscheidbar machte. Die Fachgesellschaft hatte zur Ermöglichung einer eindeutigen Kodierung die Streichung der Codes für Materialkombinationen des Codebereichs 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* im OPS – analog zum Code 5-786.9 im OPS Version 2009 – beim DIMDI beantragt und die Kodierung der Einzelmaterialien vorgeschlagen. Dies war allerdings aufgrund der teilweise unterschiedlichen Gruppierungsrelevanz nicht einfach möglich. Daher wurden in diesem Zusammenhang multiple Analyserechnungen durchgeführt, um eine etwaige Streichung zu ermöglichen. Die Untersuchung der Thematik zeigte dabei, dass Fälle mit der Kodierung von Materialkombinationen ähnlich teuer waren wie Fälle mit einfacher Kombination aus Einzelmaterialien. Demzufolge wurden multiple Anpassungen in der Gruppierungslogik in der Art vorgenommen, dass diese schließlich gleich gruppiert wurden. Dies ermöglichte andererseits, dass die Codes für Materialkombinationen im OPS Version 2010 für den stationären Bereich gestrichen werden konnten. Durch die künftig eindeutige Kodierung wird die Untersuchung auf tatsächlich aufwendige Materialkombinationen ermöglicht.

Abdominalchirurgie

Im Bereich der Abdominalchirurgie wurden in diesem Jahr wiederum nur wenige Vorschläge in Bezug auf die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010 eingereicht. Die wenigen Vorschläge hatten mehrheitlich die Verbesserung der Abbildung von Detailspekten zum Ziel. So wurden einem Vorschlag folgend beispielsweise Fälle mit einer offen chirurgischen oder laparoskopischen Exzision am Dickdarm, die im G-DRG-System 2009 in der Basis-DRG G21 *Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC* eingruppiert waren, aufgewertet. Diese werden in der G-DRG-Version 2010 in die Basis-DRG G07 *Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC* eingruppiert.

Seit mehreren Jahren wird die unzureichende Abbildung hochaufwendiger Fälle in der Abdominalchirurgie beklagt. Dennoch erreichten uns in den Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems der letzten Jahre zu diesem Themengebiet nur wenig verwertbare Hinweise. Nachdem in den Weiterentwicklungen der Vorjahre wiederholt deutliche Verbesserungen der Abbildung der Abdominalchirurgie im G-DRG-System beispielsweise von Fällen mit Mehrfacheingriffen oder mehrzeitigen Eingriffen oder mit komplizierender Konstellation gelangen, wurde wie auch im Vorjahr in der diesjährigen Weiterentwicklung eine Analyse hochteurer Fälle in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und in der MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* durchgeführt.

Im Rahmen dieser Analysen fielen in der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in einigen DRGs sehr uneinheitliche Fallkosten bzw. auch uneinheitliche OP-Kosten auf. In der DRG H01Z *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie* waren insbesondere Fälle

mit Trisegmentektomie der Leber, zusätzlicher Nephrektomie, Zwerchfellplastik oder bestimmten Eingriffen an Abdominalgefäßen kostenauffällig. Letztere schienen noch nicht in jedem Fall präzise kodierbar, sodass beispielsweise für den OPS-Kode 5-397.9x *Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: Sonstige* eine Differenzierung anhand der Lokalisation für die OPS-Version 2010, z.B. in Eingriffe an der V. lienalis oder der V. renalis, erfolgte.

Im Ergebnis wurde die DRG H01Z *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie* anhand komplexer Eingriffe wie den oben genannten bestimmten Eingriffen an Abdominalgefäßen gesplittet, was zu einer Aufwertung dieser Fälle führte. Weiterhin konnten im Rahmen dieses Umbaus auch Fälle mit Eingriffen wie Trisegmentektomie der Leber, Nephrektomie oder Zwerchfellplastik in die DRG H01A *Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff* im Sinne einer Aufwertung aufgenommen werden.

In der MDC 06 wurden innerhalb der Basis-DRG G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* durch einen komplexen Umbau beispielsweise Fälle mit zusätzlichem Gefäß-, Pankreas- oder bestimmtem Dickdarmeingriff aufgewertet. Weiterhin wurden Fälle der DRG G17Z *Andere Rektumresektion*, z.B. mit zusätzlicher Milzentfernung oder Blasen-Darm-Fistel, ebenfalls aufgewertet und in die Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff* aufgenommen. Innerhalb der Basis-DRG G18 *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr* wurden Fälle mit zusätzlichem Gefäß-, Leber- oder urologischem Eingriff in der DRG G18A aufgewertet.

Durch einen Split der DRG G19B *Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung oder Alter > 15 Jahre* wurden Fälle mit komplexem Eingriff von Fällen mit weniger komplexem Eingriff, wie beispielsweise Gastropexie, Fundoplikation oder Zwerchfellhernie abgegrenzt, sodass durch die Abwertung wenig komplexer Prozeduren eine verbesserte Homogenität erreicht werden konnte.

3.3.2.21 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Möglichkeit der Etablierung neuer Alterssplits für Kinder untersucht. Unter Berücksichtigung der Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren führte dies zu vier neuen „Kindersplits“ für 2010, was einer Gesamtzahl von 188 für die G-DRG-Version 2010 entspricht. Davon können 98 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 90 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.

Bereits für die G-DRG-Version 2009 konnten Fälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter von mehr als 72 Stunden in den DRGs 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* und 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. multi-resist. Erregern od. intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std.* abgebildet werden. Die Analysen beruhten seinerzeit auf einer ergänzenden Datenbereitstellung für

den erst im OPS Version 2008 etablierten Codebereich 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter*. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die nun in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser vorliegenden Codes erneut untersucht. Dies führte zur Etablierung der eigenständigen DRG E77A, in der sich damit ab 2010 ausschließlich Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter von mehr als 72 Stunden befinden. Darüber hinaus wurden Fälle der DRG G02Z *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompl. Eingriff od. kompliz. Diagn. oder Eingr. an Dünn- u. Dickdarm od. andere Eingr. an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne kompliz. Konst., außer b. bösart. Neubild., mit Eingr. bei angebor. Fehlbildung, Alter < 2 J.* mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter von mehr als 120 Stunden aufgewertet in die DRG G03A *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff, kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Std.*, die auch Teil der Definition der DRG G38Z *Komplizierende Konstellationen mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* ist.

Für den OPS Version 2010 haben die Codes aus dem Bereich 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* eine grundlegende Änderung erfahren, da die Definition mittels Stunden als Übergangslösung gedacht war. Hier wurde zwischenzeitlich von der Fachgesellschaft ein Score, mit Differenzierung der Codes nach Aufwandspunkten, analog dem TISS/SAPS-Score bei den Codes aus dem Bereich 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* entwickelt und im OPS Version 2010 (Codebereich 8-98d) etabliert, wodurch zukünftig noch detailliertere Analysen zur Abbildung der Intensivmedizin bei Kindern ermöglicht werden. In der G-DRG-Version 2010 erfolgt eine Zuordnung zu DRGs, die bisher durch „mehr als 72 Stunden“ definiert waren, ab 197 Aufwandspunkten, bei „mehr als 120 Stunden“ sind mindestens 393 Aufwandspunkte erforderlich. Auf eine textliche Anpassung der DRG-Namen wurde dabei verzichtet.

Für den Bereich der Erkrankungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe konnten, aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2010, Fälle mit septischer Arthritis und einem Alter von < 16 Jahren innerhalb der Basis-DRG I76 *Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder septische Arthritis* aufgewertet werden in die DRG I76A *Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre*.

Bezüglich der operativen Versorgung von Kindern mit adrenogenitalem Syndrom erreichten uns Hinweise auf Untervergütung, wenn diese aufgrund einer Fehlbildung im Genitalbereich – die entsprechend als Hauptdiagnose angegeben wird – aufgenommen wurden und die Zuordnung des Falles zur MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* erfolgt. Die zu dieser Problematik durchgeführten Untersuchungen führten zu einer Aufnahme von Prozeduren für die Konstruktion und Rekonstruktion von Vagina und Vulva in die DRG N03A *Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva* und damit zur Aufwertung von Fällen, die zuvor überwiegend in der DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* abgebildet waren. Dieses Beispiel zeigt, dass auch für Spezialgebiete, wie in diesem Fall für die Kinderchirurgie, Lösungen gefunden werden können.

Aufgrund von Hinweisen zur Abbildung von Extremkostenfällen kam es zur Etablierung der unbewerteten DRG A22Z *Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung* in der Prä-MDC, welche die *Trennung von siamesischen Zwillingen* (OPS 5-868.0) beinhaltet.

Hervorzuheben für den Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist insbesondere die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei drei neuen bewerteten und vier neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente wie z.B. beim ZE2010-79 *Gabe von Nelarabin, parenteral*. Weitere Informationen bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2010 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich in den Kapiteln 3.3.2.14 zum Themenbereich Onkologie sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 zum Themenbereich Zusatzentgelte.

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 zur Aufnahme der 2008 in die ICD-10-GM aufgenommenen Diagnose Q21.80 *Fallot-Pentalogie*.

Sowohl aus dem Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als auch aus dem Vorschlagsverfahren waren uns Hinweise bezüglich einer nicht sachgerechten Abbildung von Neugeborenen mit Hypothermiebehandlung bekannt. Die Analyse der Fälle mit dieser Leistung in der MDC 15 führte zu einer Berücksichtigung der Prozeduren für Hypothermiebehandlungen durch invasive Kühlung durch Anwendung eines speziellen Kühlkatheters bzw. durch nicht invasive Kühlung durch Anwendung eines Speziallagerungssystems (OPS 8-607.0 und 8-607.1) in der Definition von zwei DRGs. Ab der G-DRG-Version 2010 werden Fälle mit dieser Leistung von der DRG P67A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen* in die DRG P66A [...] od. Ng., *Aufnahmegew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung* und von der DRG P67B für Fälle mit schwerem Problem in die DRG P67A [...] oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung aufgewertet.

Hinsichtlich der operativen Versorgung von Neugeborenen erreichten uns erneut Vorschläge, welche die Abbildung von Mehrfacheingriffen z.B. bei angeborenen Fehlbildungen oder nekrotisierender Enterokolitis zum Ziel hatten. Diese führten im Ergebnis innerhalb der Basis-DRGs P04 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 – 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden* und P06 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden* zu einer Berücksichtigung der Funktion *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* im Gruppierungsalgorithmus. Hier werden ab der G-DRG-Version 2010 Fälle der DRG P04C [...], *ohne mehrere schwere Probleme* aufgewertet in die DRGs P04A [...], *mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden* bzw. P04B [...], *mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden* und Fälle der DRG P06B [...], *mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden* in die DRG P06A [...], *mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren*.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 wurde – analog zu den übrigen MDCs – erstmalig eine Sortierung der Abfragereihenfolge der DRGs der MDC 15 durchgeführt. Diese wurde auch wieder für die G-DRG-Version 2010 vorgenommen.

3.3.3 Bewertung bisher unbewerteter Leistungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2010 wurde eine generelle Überprüfung von Leistungen, für die bisher krankenhaushausindividuelle 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 DRG/Leistungen aus Anlage 3a (Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete vollstationäre Leistungen):

- **K04A Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff**

Die Nicht-Bewertung von DRG-Fallgruppen kann neben der Inhomogenität des Leistungsbereichs auch andere Gründe haben wie beispielsweise bei der unbewerteten DRG B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation*. Diese bildet Fälle mit reinem Aggregatwechsel bei Neurostimulatoren ab. Zur Zuordnung in die DRG B21A *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation* ist hingegen zusätzlich die Implantation oder der Wechsel einer Neurostimulationselektrode erforderlich. Die Differenzierung dieser beiden DRGs wurde auf Basis ergänzender Daten und zusätzlicher Hilfskonstrukte analysiert. Zur eindeutigen Kodierung dieses Sachverhalts stehen erst seit dem OPS Version 2009 spezifische Codes für die Implantation oder den Wechsel eines Neurostimulators (Mehrelektrodensystem) mit der Unterscheidung „mit bzw. ohne“ Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode (OPS-Kodebereiche 5-028.9 und 5-028.a) zur Verfügung. Die DRG B21B konnte für 2009 und 2010 jedoch anhand der vorliegenden Datenbasis noch nicht kalkuliert und bewertet werden. Dies gelingt möglicherweise im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011, wenn die oben erwähnten spezifischen Codes zur Differenzierung der DRGs B21A und B in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser vorliegen.

Im Bereich der bisher unbewerteten Zusatzentgelte konnten die folgenden Verfahren für 2010 in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2010 überführt werden, die vorher dem ZE2009-08 *Sonstige Dialyse* zugeordnet waren:

- Kontinuierliche, arteriovenöse Hämofiltration (ZE119 *Hämofiltration, kontinuierlich*)
- ZE120 *Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)*
- ZE121 *Hämodiafiltration, kontinuierlich*
- ZE122 *Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)*

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 Leistungen 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 Mikroaxial-Blutpumpe sowie das Endobronchialventil aus dem Bereich der Verfahren genannt, die seit dem G-DRG-System 2008 bzw. 2009 als unbewertetes Zusatzentgelt in das G-DRG-System integriert sind. Gleiches gilt

für einige Medikamente wie beispielsweise Posaconazol, Palifermin und Natalizumab, die als bewertetes Zusatzentgelt integriert werden konnten. Insgesamt gelang für über 40 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 2010 wurde die Integration von NUB-Leistungen fortgeführt, indem 14 weitere Leistungen, die die NUB-Kriterien erfüllten, nun als Zusatzentgelte abgebildet sind (siehe Tab. 17).

NUB-Verfahren	Status 2009	ZE2010	Bezeichnung Zusatzentgelt
Anidulafungin	1	ZE115	Gabe von Anidulafungin, parenteral
Panitumumab	1	ZE116	Gabe von Panitumumab, parenteral
Trabectedin (Ecteinascidin-743)	1	ZE117	Gabe von Trabectedin, parenteral
Abatacept	1	ZE118	Gabe von Abatacept, parenteral
Hypertherme intrathorakale/pleurale Chemotherapie in Kombination mit kompletter Pleurektomie und Tumorreduktion	1	ZE2010-49	Hypertherme intraperitoneale Chemotherapie (HIPEC) in Kombination mit Peritonektomie und ggf. mit Multiviszeralresektion oder hypertherme intrathorakale Chemotherapie (HITOC) in Kombination mit Pleurektomie und ggf. mit Tumorreduktion
Selektive interne Radiotherapie (SIRT) mit Rhenium-188(Re-188)-markierten Mikrosphären	1	ZE2010-65	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie (SIRT) mit Yttrium-90- oder Rhenium-188-markierten Mikrosphären
Sunitinib	1	ZE2010-74	Gabe von Sunitinib, oral
Sorafenib	1	ZE2010-75	Gabe von Sorafenib, oral
Temsirolimus	1	ZE2010-76	Gabe von Temsirolimus, parenteral
Lenalidomid	1	ZE2010-77	Gabe von Lenalidomid, oral
Clofarabin	1	ZE2010-78	Gabe von Clofarabin, parenteral
Nelarabin	1	ZE2010-79	Gabe von Nelarabin, parenteral
Amphotericin-B-Lipidkomplex	1	ZE2010-80	Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral
Intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever)	1	ZE2010-81	Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems

Tabelle 17: Leistungen mit NUB-Status 1, ab G-DRG-Version 2010 als Zusatzentgelt abgebildet

Ein hervorragendes Beispiel für die rasche Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten noch nicht sachgerecht vergütet werden konnten, ist Panitumumab, ein Medikament zur Behandlung von Kolon- oder Rektumkarzinomen. Die Anerkennung von Panitumumab als NUB mit Status 1 wurde erstmals im Jahr 2008 im Rahmen des NUB-Verfahrens durch 159 Krankenhäuser angefragt. Die Leistung erfüllte nach Prüfung der entsprechenden Anfragen die Kriterien der NUB-Vereinbarung für das Jahr 2008. Um die Kalkulation eines

Zusatzentgelts zu ermöglichen, erfolgte eine ergänzende Datenbereitstellung 2008 (Datenjahr 2007) durch die Kalkulationskrankenhäuser. Da weniger als 15 Fälle mit dieser Leistung ergänzend übermittelt wurden, war für das G-DRG-System 2009 die Etablierung eines Zusatzentgelts für Panitumumab noch nicht möglich. Nach einer Bestätigung der Beurteilung als Status 1 im NUB-Verfahren des Jahres 2009 wurde in der ergänzenden Datenbereitstellung 2009 (Datenjahr 2008) eine ausreichende Menge an plausiblen Fällen geliefert, um die Kalkulation eines Zusatzentgelts zu ermöglichen. Somit wurde die Leistung „Gabe von Panitumumab“ innerhalb von zwei Jahren erfolgreich in das G-DRG-System integriert. Dies veranschaulicht Abbildung 6. Eine erneute Anfrage im Rahmen des NUB-Verfahrens 2010 würde demnach zu dem Ergebnis führen, dass Panitumumab die Kriterien der NUB-Vereinbarung nicht mehr erfüllt, da es mittlerweile mittels Zusatzentgelt sachgerecht vergütet ist.

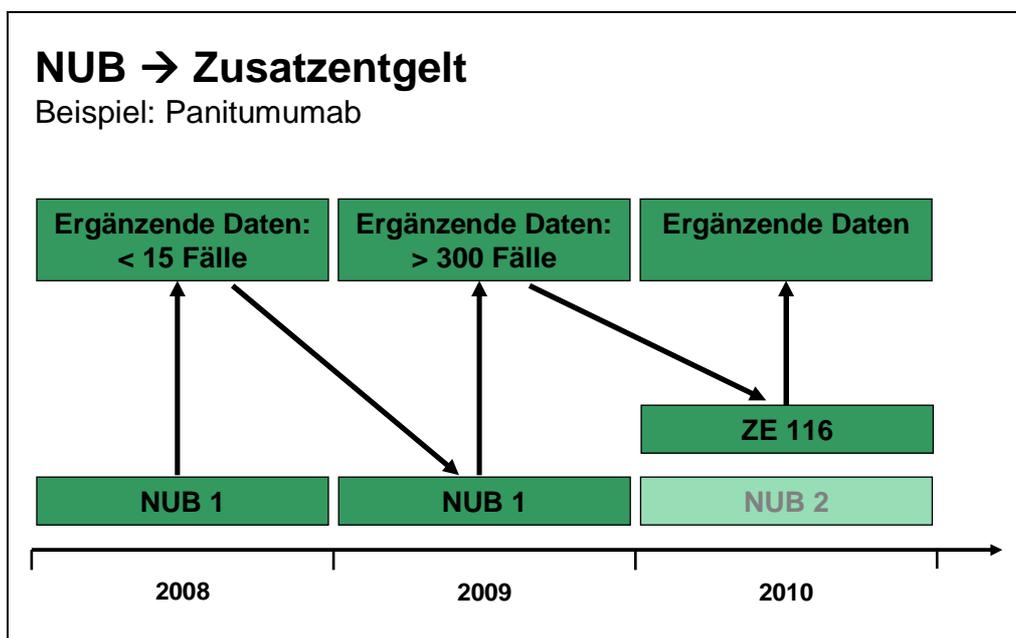


Abbildung 6: Integration der NUB-Leistung Gabe von Panitumumab als Zusatzentgelt in das G-DRG-System 2010

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten gelang es auch bei drei Leistungen, diese durch Erweiterung der Definitionen in Fallgruppen aufzunehmen. Beispielsweise konnte die *Fluoreszenzzystoskopie (Photodynamische Diagnostik) HAL* in der DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* innerhalb des G-DRG-Klassifikationssystems sachgerecht abgebildet werden. Weitere integrierte Leistungen sind:

- Endovaskuläre Implantation einer Herzklappenprothese (Teil einer Kategorie): Etablierung der DRG F98Z *Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz*
- Transapikaler (Aorten-)Klappenersatz: Etablierung der DRG F98Z *Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz*

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 spezifischer OPS-Kodes wie z.B. bei der Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems auch ohne eine ergänzende Datenbereitstellung möglich, doch das Vorliegen eines spezifischen Kodes im Datenjahr ist aufgrund der Neuheit der NUB-Leistungen oft nicht gegeben.

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wird im Rahmen der Prüfung der Integration der NUB-Leistungen auch die Sachgerechtigkeit in dem Sinne überprüft, dass die Kostenangaben der NUB-Anfragen anhand objektiver Leistungs- und Kostendaten verifiziert werden. Sollte sich in den Daten eine sachgerechte Vergütung einer Leistung zeigen, die bisher die NUB-Kriterien erfüllt hat, so würden diese Erkenntnisse bei der Beurteilung im NUB-Verfahren des Folgejahres zum Tragen kommen. Ein Beispiel hierfür war 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 ggf. im G-DRG-System abgebildet werden. Ein Beispiel hierfür ist die Aufnahme des Knochentotalersatzes am Femur in die Basis-DRG I95 in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 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 2010 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 2010 erneut folgende Maßnahmen der Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Nachhaltigkeit:

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

Umbenennung von Basis-DRGs

Bedingt durch die in der G-DRG-Version 2005 erstmals umgesetzte konsequente Abbildung der Kostenhierarchie in der Abfragereihenfolge der operativen und der anderen Partition hatten themenverwandte DRGs innerhalb einer MDC teilweise verschiedene Basis-DRG-Bezeichnungen. Bereits in den letzten beiden Jahren wurden Umbenennungen von Basis-DRGs umgesetzt, hauptsächlich in der MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems. In diesem Jahr wurden umfangreiche Umsetzungen in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*, aber auch exemplarische Umsetzungen in anderen MDCs (05, 10, 11) durchgeführt. Ziel der Umbenennungen war es, dass themenverwandte DRGs nun wieder eine gemeinsame Basis-DRG haben. Abbildung 7 zeigt die Umbenennung von Basis-DRGs in der Übersicht.

Umbenennung von Basis-DRGs		
Übersicht		
Koronare Bypass-Operation	F06A, B, F16Z, F23Z, F53A, B	⇒ F06A - F
Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine	F07Z, F31Z	⇒ F07A, B
Rekonstr. Gefäßeingr. ohne Herz-Lungen-Masch.	F08Z, F33A, B, F34A, B, F38Z	⇒ F08A - F
Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	I09A, B, C, D, I19A, I19B	⇒ I09A - F
Andere Eingriffe an der Wirbelsäule	I10A, B, I53A, I53B, I56A, I56B	⇒ I10A - F
Best. Eingr. an Humer., Tibia, Fibula u. Sprungg.	I13A, B, I57A, B, C	⇒ I13A - E
Versch. Eingr. bei Diabetes mel. m. Komplikat.	K01A, B, C, K13Z	⇒ K01A - D
Eingr. an Schilddrüse, Neben- u. Ductus thyreo.	K10A, B, K11Z, K12Z	⇒ K06A - D
ESWL bei Harnsteinen	L42Z, L43Z	⇒ L42A, B

Abbildung 7: Umbenennung von Basis-DRGs in der Übersicht

Die folgenden Tabellen 18 und 19 stellen beispielhaft bei anderen Eingriffen an der Wirbelsäule in MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* bzw. ESWL bei Harnsteinen in MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* Umbenennungen für das Jahr 2010 dar:

G-DRG-System 2009	G-DRG-System 2010
I10A <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff</i>	I10A <i>Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit aufwendigem Eingriff</i>
I10B <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff</i>	I10B <i>Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne aufwendigen Eingriff</i>
I53A <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, bei Para-/Tetraplegie</i>	I10C <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, mit Wirbelfraktur oder bei Para-/Tetraplegie</i>
I53B <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, außer bei Para-/Tetraplegie</i>	I10D <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, ohne Wirbelfraktur, außer bei Para-/Tetraplegie</i>
I56A <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff</i>	I10E <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, mit mäßig komplexem Eingriff</i>
I56B <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Implantation eines interspinösen Spreizers</i>	I10F <i>Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, ohne mäßig komplexen Eingriff</i>

Tabelle 18: Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 08

G-DRG-System 2009	G-DRG-System 2010
L42Z <i>Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para-/Tetraplegie</i>	L42A <i>Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para-/Tetraplegie</i>
L43Z <i>Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para-/Tetraplegie</i>	L42B <i>Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para-/Tetraplegie</i>

Tabelle 19: Umbenennung von Basis-DRGs in der MDC 11

In der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* sind beispielsweise nun alle DRGs der MDC 08 zusammengefasst, die das Attribut „Andere Eingriffe an der Wirbelsäule“ in ihrer Logik aufweisen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Fälle mit „anderen Eingriffen an der Wirbelsäule“ aufgrund der Sortierung nicht auch in andere DRGs eingruppiert werden.

Diese Umbenennungen themenverwandter 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.

Im Definitionshandbuch der G-DRG-Version 2007/2009 wurden die DRG-Logiken erstmalig in Form einer Liste und in Form einer Tabelle dargestellt. Die Listendarstellung enthielt ausführlichere Informationen, während die Tabellendarstellung oft die übersichtlichere Variante darstellte. In der G-DRG-Version 2008/2010 ist es gelungen, trotz abschließlicher Tabellendarstellung alle notwendigen ausführlichen Informationen der Listendarstellung zu integrieren und somit die Transparenz der einzelnen Fallgruppendefinitionen beizubehalten sowie die Übersichtlichkeit zu erhöhen.

Wesentliches Merkmal der Tabellendarstellung 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.

Weiterhin wurden anstatt der bisher inhaltlich nichtssagenden Tabellenbezeichnungen (z.B. E77-1) 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 komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden	
HD Andere Infektionen, Entzündungen der Atmungsorgane (E77-1)	Pr Intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 196 AufwPkte (E77-7)	PCCL > 3	
		HD Schwere Pneumonie (E77-2)	
		HD Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, ohne Pneumonie durch RS-Virus (E77-3)	
		ND Zustand nach Transplantation (E77-4)	
		ND Angeborenes Fehlbildungssyndrom (E77-5)	

Abbildung 8: Darstellung der DRG E77A

Für das gewählte Beispiel der DRG E77A (siehe Abb. 8) 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 Prozedur aus der Tabelle „Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter

> 72 h“ und 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“ und eine Prozedur aus der Tabelle „Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 72 h“ haben muss.

Um die Übersichtlichkeit der Tabellendarstellung zu gewährleisten und alle für den Anwender notwendigen Informationen vorzuhalten, werden bestimmte Abkürzungen, wie z.B. HD für Hauptdiagnose, Pr für Prozedur(en) und ND für Nebendiagnose(n) verwendet.

Eine ausführliche Erläuterung der neuen Darstellung ist in der Einleitung der G-DRG-Definitionshandbücher ab Version 2008/2010 zu finden.

Die aufgeführten Gründe führten neben einer Steigerung der Komplexität der Logik auch zu zunehmend längeren Namen der DRGs und erfordern im Einzelfall 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 2010 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 Entgelt-Katalogen 2009 und 2010 und wurde mit den Daten aus der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG (Datenjahr 2008) erstellt. Sie stellt damit nicht alle theoretisch denkbaren Konstellationen von Fallwanderungen, sondern nur die tatsächlich in den 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 2010. 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 2010 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 2010 zugeordnet. Eine Migration kann durch mehrere als gleichrangig anzusehende Umbauten bedingt sein, deren Darstellung nebeneinander aus Gründen der Übersichtlichkeit in maximal drei Spalten erfolgt. Dabei werden im Text jeweils betroffene DRGs zum Zeitpunkt des Einbaus und auf Basis der Kalkulationsdaten benannt. Bei Fallwanderungen, bei denen dies nicht möglich ist, wird der Text „Sonstige Umbauten“ aufgeführt (siehe unten).

Konkret bedeutet dies:

- Bei gleichem Gruppierungsergebnis (2009 und 2010 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 sind, 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 2010 unterscheiden können, wurden zusätzlich im Tabellenblatt „Migration V2009 nach V2010“ die Spalten F („DRG V2010 vorher“) und G („Basis-DRG V2010 vorher“) bzw. im Tabellenblatt „Migration V2010 nach V2009“ die Spalten A („DRG V2010 vorher“) und B („Basis-DRG V2010 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 V2010“) und I („Basis-DRG V2010“) im Tabellenblatt „Migration V2009 nach V2010“ bzw. in den Spalten C („DRG V2010“) und D („Basis-DRG V2010“) im Tabellenblatt „Migration V2010 nach V2009“ können die endgültigen DRG-Kürzel gemäß Fallpauschalen-Katalog 2010 entnommen werden.

Die kommentierte Migrationstabelle besteht aus zwei Teilen:

Teil I „Migration V2009 nach V2010“ beschreibt die Fallwanderungen von Fällen bei Gruppierung nach G-DRG-Version 2009 im Vergleich zur Gruppierung nach G-DRG-Version 2010. Diese Tabelle beantwortet die Frage: Wo gehen die Fälle aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2009 hin?

In Teil II „Migration V2010 nach V2009“ lassen sich Fallwanderungen aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2010 betrachten. Diese Tabelle beantwortet die Frage: Wo kommen die Fälle aus Sicht des G-DRG-Katalogs 2010 her?

Genauere Erläuterungen der einzelnen Spalteninhalte können den auf der Internetseite des InEK veröffentlichten Erläuterungen zur kommentierten Migrationstabelle entnommen werden.

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 Prä-MDC, 01, 03, 04, 05, 06, 07 und 11
- Erstmals für 2007 Einsortierung endoskopischer Eingriffe und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H40Z und H41A) in die operative Partition der MDC 07
- Erstmals für 2009 Sortierung der kardithorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihrer Kosten
- Erstmals für 2009 Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC
- Partitionsübergreifende Sortierung in MDC 17 und MDC 18b

Zusätzlich dazu wurde auch durch die Etablierung weiterer DRGs für Mehrfacheingriffe die Lösung dieses Problems angegangen.

Veränderungen für 2010

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 2010 Berücksichtigung.

Ein Beispiel stellt die Umleitung für Fälle mit kardiorespiratorischer Polysomnographie bis zwei Belegungstage dar. Diese werden ab G-DRG-System 2010 erstmals in die MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* umgeleitet und dort wiederum der DRG E63Z für Fälle mit *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorischer Polysomnographie bis 2 Belegungstage* zugeordnet. Entsprechend ihrem niedrigen Relativgewicht von 0,280 wird diese Umleitung in der Prä-MDC an der letzten Abfrageposition abgefragt (vgl. Kapitel 3.3.2.12).

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

3.3.6.1 Überleitung auf die ab 1. Januar 2010 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2008 (Datenjahr 2008). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2008 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2008 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2010 stand zunächst die G-DRG-Version 2008/2010 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 2010 anhand der im Datenjahr 2008 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Sie soll den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2010 auf der Basis der Leistungsdaten des Jahres 2008, 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 2010 waren für die Gruppierung im Jahr 2010 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2008/2010 auf das G-DRG-System 2009/2010 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 2009 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2008 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2010 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2009/2010. Diese zweite Übergangsversion wurde ebenfalls auf der Internetseite des InEK der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt und dient, analog der Vorgängerversion 2008/2010, 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 2008/2009 auf die G-DRG-Version 2009 vorgenommen wurden. Diese sind im Abschlussbericht des Jahres 2009 ausführlich dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2009/2010 auf die G-DRG-Version 2010 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die ab 1. Januar 2010 gültige ICD-10-GM Version 2010 enthält insgesamt 13.315 terminale Codes und somit 44 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2009 (13.271). 99% dieser Codes (13.183) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes.

Der OPS Version 2010 enthält insgesamt 27.011 Codes. Das sind 1.510 Codes mehr als im OPS Version 2009 (25.501). Die Mehrzahl dieser Codes (93%, 25.182) zeigt ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf den Code bzw. die inhaltliche Leistungsbeschreibung. Der OPS Version 2010 beinhaltet 203 Codes für Repositionen von Fraktur und Luxation sowie Osteosyntheseverfahren durch Materialkombinationen, die im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden sind. Stattdessen sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

3.3.6.2 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“

Für identische Codes ergibt sich in der Regel 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 2010 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die der „Vorgängerkode“ in der Version 2009/2010 gehabt hat. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise allen im Jahr 2010 neu etablierten fünfstelligen Codes aus D68.3- *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper* die Funktion des im Jahr 2009 gültigen vierstelligen Codes D68.3- *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper* zugewiesen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2009):

D68.3 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen und Antikörper*

Neue Codes (ICD-10-GM Version 2010):

D68.30 *Hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzen*

D68.31 *Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII*

D68.32 *Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren*

D68.38 *Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper*

Alle neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Kode D68.3 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2010:

In jede Tabelle des G-DRG-Systems 2009/2010, in welcher der alte ICD-Kode D68.3 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2010 jeweils alle vier neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*
- Verschiedene Diagnosentabellen der MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*
- *Verschiedene Diagnosentabellen der Prä-MDC*
- Tabellen *Mehrere bzw. Schwere Probleme Neugeborene*

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 analog zum Vorgängerkode in die CCL-Matrix aufgenommen werden und auch CC-Ausschlüsse entsprechend von diesem Kode „erben“.

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 5-825.h *Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Wechsel einer Glenoidprothese* auf den Vorgängerkode 5-825.x *Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Sonstige* übergeleitet.

Damit würde dieser OPS-Kode im G-DRG-System 2010 eine Gruppierungsrelevanz in verschiedenen operativen DRGs (I12A, I12B, I12C, I28A, I28B, W04A, W04B, X04Z, X06A, X06B, X06C) erhalten. Weiterhin würde dieser Kode 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.

Für den Kode 5-825.h ist aus Sicht der Überleitung des G-DRG-Systems geboten, eine am Gruppierungsalgorithmus orientierte, vom DIMDI abweichende Überleitung auf den OPS-Kode 5-824.1 *Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität: Glenoidprothese* vorzunehmen, da dieser dem neuen Kode aus medizinischer und ökonomischer Sicht eher entspricht, beispielsweise in Bezug auf die entstehenden Implantatkosten. Fälle mit diesem Leistungsbezeichner werden aufgrund dieser Überleitung im G-DRG-Algorithmus 2010 innerhalb der MDC 08 nicht der Basis-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* zugeordnet, sondern stattdessen in der Basis-DRG I05 *Anderer großer Gelenkersatz [...]* abgebildet.

Die Gruppierungsrelevanz in den anderen MDCs sowie den benannten Funktionen, die durch Überleitung auf den Kode 5-825.x erreicht würde, blieb erhalten, der Kode wurde durch die beschriebene abweichende Überleitung zusätzlich noch in der Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen (EML)“ gruppierungsrelevant.

3.3.6.3 Behandlung nicht identischer Kodes ohne „Vorgängerkode“ (neue Kodes)

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Kodes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden drei Varianten für die Berücksichtigung im G-DRG-System 2010:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Kodes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS dar. Aufgrund des Fehlens von Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Ein Beispiel sind die neu in den OPS Version 2010 aufgenommenen Kodes aus 3-03 *Komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation*. Diese Kodes sind im G-DRG-System 2010 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2009 oder 2010 neu etablierte OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Codes in der Kalkulation dennoch eine Zuordnung zu einer DRG erreichen.

Beispielsweise wurde für den im Jahr 2010 neu etablierten OPS-Kode 5-573.41 *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävilinsäure*, im Vorgriff auf die Überleitung und unterstützt durch Informationen aus dem NUB-Verfahren sowie der ergänzenden Falldatenlieferung der Kalkulationskliniken, eine spezifische Abbildung in der DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase [...] umgesetzt.*

Die Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet

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

So wurden die ab dem Jahr 2010 gültigen OPS-Kodes 8-52b *Kohlenstoffionentherapie* und 8-52.c *Andere Schwerionentherapie* auf den bereits im Jahr 2009 gültigen OPS-Kode aus 8-522 *Hochvoltstrahlentherapie* übergeleitet. Einer klassifikatorischen Überleitung folgend hätten die Codes 8-52b und 8-52c im G-DRG-System 2010 keine gruppenrelevante Funktion erhalten.

Hinweise zu Leistungsplanung und Budgetverhandlung

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2008/2010 und der G-DRG-Version 2010 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 2010 aufgenommenen OPS-Kode 5-573.41 *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävilinsäure* folgender Hinweis aufgeführt:

„Der Kode 5-573.41 *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävilinsäure* wurde in der OPS Version 2010 neu etabliert.

In der G-DRG-Version 2010 werden Fälle mit diesem Kode typischerweise der DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* zugeordnet.

Bei Kodierung des entsprechenden Vorgängerkodes des OPS (Version 2008 und 2009) für die transurethrale Resektion von erkranktem Gewebe der Harnblase (5-573.4) werden die betreffenden Fälle (ohne Vorliegen weiterer schweregradstei-

gernder Faktoren) innerhalb der Basis-DRG L20 gemäß G-DRG 2008/2010 bzw. 2009/2010 der DRG L20C *Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC* zugeordnet.

Es ist daher zu beachten, dass in 2010 ggf. mehr Fälle der DRG L20B zugeordnet werden könnten, als eine Analyse auf Basis von Daten aus 2008 oder 2009 vermuten lässt."

3.3.6.4 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM Version 2010 und OPS Version 2010 konnten wie auch im vergangenen Jahr ausschließlich beim DIMDI eingereicht werden. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2010 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 2010 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Die entsprechenden Hinweise wurden vom InEK an das DIMDI weitergeleitet und konnten kurzfristig noch Eingang in den OPS Version 2010 bzw. in die ICD-10-GM Version 2010 finden. Beispielhaft genannt werden kann hier die Einführung der Lokalisation V. portae für bestimmte gefäßchirurgische Eingriffe aus dem Kodebereich 5-38 bis 5-39 *Operationen an den Blutgefäßen* im OPS Version 2010.

Darüber hinaus wurden zahlreiche neue Codes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2010 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter 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 5-209.25 *Einführung eines Kochleaimplantates: Mit Einzelelektrode, gehörerhaltend*.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und dem NUB-Verfahren wurde die Abbildung von Fällen mit einer Fluoreszenzzytostoskopie mit Hexaminolävilinsäure (HAL) untersucht. Detektiert wurden diese Fälle u.a. anhand von Informationen aus einer ergänzenden Datenbereitstellung zu diesem Thema. Die Analysen führten zu einer Aufnahme dieser Leistung in Kombination mit einer transurethralen Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase in die DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC*. Diese DRG wird ab 2010 u.a. definiert durch den in den OPS Version 2010 neu aufgenommenen Code 5-573.41 *Transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von (erkranktem) Gewebe der Harnblase: Resektion: Fluoreszenzgestützt mit Hexaminolävilinsäure*.

Weiterhin zu nennen sind zahlreiche neue OPS-Codes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2010 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-003.m *Applikation von Medikamenten, Liste 3: Abatacept, parenteral* zur Definition der Dosisklassen bei dem neuen Zusatzentgelt ZE118 *Gabe von Abatacept, parenteral*. Darüber hinaus wurden weitere Codes für aufwendige Verfahren wie z.B. die nach Dauer und

Anzahl der verwendeten Medikamente unterteilten Codes für *Nicht komplexe Chemotherapie* (OPS 8-542) und *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* (OPS 8-543) oder für die *Doppelfiltrationsplasmapherese* (DFPP) (OPS 8-826) aufgenommen, um zukünftig die Analyse teurer Fälle zu ermöglichen.

Auch in der ICD-10-GM 2010 wurden zahlreiche bestehende Diagnosekodes differenziert bzw. neue Codes aufgenommen, um unterschiedliche Behandlungsabläufe und -aufwände abbilden zu können. Dies betrifft z.B. die neuen nach Lokalisation differenzierten Diagnosen im Codebereich K50.8- *Sonstige Crohn-Krankheit* oder den Code O14.2 zur Verschlüsselung eines HELLP-Syndroms, für das bisher nur der Code O14.1 *Schwere Präeklampsie* 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 2010 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 2010.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR D002: Klarstellung, dass bei zwei oder mehreren Befunden/Symptomen bei der Beobachtung eines Verdachtsfalles diejenige Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen ist, welche die meisten Ressourcen verbraucht hat. Der Zusatz „für Untersuchung und/oder Behandlung“ wurde gestrichen.
- DKR D003: Klarstellung der Kodierung von Symptomen, für die nunmehr die Regelungen zur Kodierung von Nebendiagnosen gelten. Zusätzlich Klarstellung, dass bei Patienten, bei denen einer der die Nebendiagnosen definierenden Faktoren erbracht wurde und auf mehrere Diagnosen ausgerichtet ist, alle betroffenen Diagnosen kodiert werden können.
- DKR D012: Klarstellung hinsichtlich der Verschlüsselung von Ausrufezeichenkodes aus den Tabellen 1 und 2 inklusive Anpassung dieser beiden Tabellen und Verdeutlichung der Verwendung optionaler Ausrufezeichenkodes durch Aufnahme eines neuen Beispiels
- DKR 0601: Klarstellung im Absatz „Alter Schlaganfall“, dass für die Kodierung der neurologischen Ausfälle die Regelungen der DKR D003 *Nebendiagnosen* entsprechend anzuwenden sind

Detaillierte Informationen zu den in der DKR-Version 2010 stattgehabten Änderungen finden sich in Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien.

Darüber hinaus ergab sich aus einer Änderung des OPS weiterer Änderungsbedarf in den Deutschen Kodierrichtlinien. In den OPS Version 2010 wurde der Code 8-712.0 *Maschinelle Beatmung bei Kindern und Jugendlichen: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP)* neu aufgenommen, und in DKR 1001 Absatz „Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)“ berücksichtigt.

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 2010 umfasst insgesamt 1.200 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2009 bietet die folgende Tabelle 20:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2010	1.200	+ 8
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.154	+ 8
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	41	0
davon rein teilstationäre DRGs	5	0
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	22	+ 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	295	+ 19

Tabelle 20: Überblick über das G-DRG-System 2010

Die im Anhang enthaltene Tabelle A-5 gibt einen Überblick über die Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC.

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2010) befinden sich 81 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 74). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2010) liegt bei 62 (Vorjahr: 53).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2010 bleibt die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2009 konstant bei insgesamt 41 DRGs. Diese wurden abschließend definiert, sodass lediglich die Vergütungshöhe dieser DRGs krankenhausesindividuell nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu verhandeln ist.

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2010 dazu, dass sich die 41 in Anlage 3a der FPV 2010 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter 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. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2010 um 7 auf insgesamt 81.

Tabelle 21 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2010 im Vergleich zum G-DRG-System 2009:

	G-DRG-System 2009	G-DRG-System 2010
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	25	28
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	48	52
Besondere Behandlungsformen	1	1
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	35	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	15	22
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	127	143

Tabelle 21: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2009 und 2010

Die besonderen Behandlungsformen sind die *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2010-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2010-36) sowie die *naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2010-40).

Die Selbstverwaltungspartner haben in ihrer Vereinbarung zur Bestimmung Besonderer Einrichtungen für das Jahr 2009 das InEK beauftragt, die als Besondere Einrichtungen geführten Palliativstationen einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems auch das Zusatzentgelt für die palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) überarbeitet. Nunmehr stehen drei differenzierte Entgeltbeträge zur Verfügung (vgl. Tab. 21).

Bezeichnung	OPS-Kode	OPS-Text	Betrag
ZE60.01	8-982.1	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behand- lungstage	1.321,76 €
ZE60.02	8-982.2	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behand- lungstage	2.108,98 €
ZE60.03	8-982.3	Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage	3.354,27 €

Tabelle 22: ZE60 Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Die Analyse zeigte, dass Behandlungsfälle mit 7 bis 13 Behandlungstagen palliativmedizinischer Komplexbehandlung in den ihnen zugeordneten DRG-Fallpauschalen Inlier waren; allerdings zeigte die Verweildaueranalyse eine deutliche Verschiebung in Richtung der oberen Grenzverweildauer. Entsprechend wurde der Betrag für das ZE60.01 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung [...] bis höchstens 13 Behandlungstage* als gewichteter Mittelwert der Differenz der Kostendeckung von Fällen mit 7 bis 13 Behandlungstagen palliativmedizinischer Komplexbehandlung (identifiziert über den entsprechenden OPS-Kode) und Fällen ohne diese Komplexbehandlung in den korrespondierenden DRG-Fallpauschalen kalkuliert. Dabei wurden nur DRG-Fallpauschalen berücksichtigt, für die mindestens 15 Kalkulationsfälle (Inlier) mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung zur Verfügung standen. Zur Vermeidung von Stichprobeneffekten wurden die einzelnen betroffenen DRG-Fallpauschalen mit der nationalen Fallzahl (Daten gem. § 21 KHEntgG) gewichtet. Dauert die palliativmedizinische Komplexbehandlung mehr als 13 Behandlungstage, sind die korrespondierenden Behandlungsfälle in ihren jeweiligen DRG-Fallpauschalen in der Regel Langlieger (d.h. die Verweildauer überschreitet die jeweilige obere Grenzverweildauer). Entsprechend wurden die Beträge für das ZE60.02 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung [...] bis höchstens 20 Behandlungstage* und das ZE60.03 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung: mindestens 21 Behandlungstage* auf Basis der Langlieger der betroffenen DRG-Fallpauschalen als gewichtetes Mittel der Differenz der Langlieger-Kosten kalkuliert. Dabei wurden nur DRG-Fallpauschalen berücksichtigt, für die mindestens 10 Kalkulationsfälle (Langlieger) mit palliativmedizinischer Komplexbehandlung zur Verfügung standen. Zur Vermeidung von Stichprobeneffekten wurden die einzelnen betroffenen DRG-Fallpauschalen mit der nationalen Fallzahl (Daten gem. § 21 KHEntgG) gewichtet.

Auf der Grundlage verbesserter Daten konnten in diesem Jahr der Wunsch, das bisher unbewertete Zusatzentgelt „Sonstige Dialysen“ aufzulösen, weitestgehend umgesetzt werden. Das ZE2010-08 enthält nun ausschließlich „sonstige“ und „nicht näher bezeichnete“ Dialysen.

Erstmals wurde die Anwendung der *Hämodialyse, kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD)* (ZE120) und der *Peritonealdialyse, intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)* (ZE122) bewertet.

Durch Zusammenfassung der arteriovenösen und venovenösen Formen in einem Zusatzentgelt (ZE121) konnte ebenfalls die Anwendung der *Hämodiafiltration, kontinuierlich* neu bewertet werden.

Wegen der Zusammenfassung der venovenösen und arteriovenösen Verfahren wurde das bestehende Zusatzentgelt ZE103 (2009) *Hämodiafiltration, kontinuierlich, venovenös,*

pumpengetrieben (CVVH) neu bewertet und in ZE119 *Hämofiltration, kontinuierlich* umbenannt.

Weiterhin unbewertet bleibt die Anwendung der *Peritonealdialyse, kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD)* (ZE2010-82), da für diese Dialyseform keine ausreichende Kalkulationsgrundlage vorhanden war. Die Anwendung wurde ebenfalls aus dem unbewerteten Zusatzentgelt ZE2010-08 herausgelöst.

Die Anwendung *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)* (ZE123) konnte wie im Vorjahr bewertet werden.

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.

Im Bereich der operativen und interventionellen Verfahren ergab sich keine Änderung der bewerteten Zusatzentgelte im Vergleich zum Vorjahr. Neu in den Fallpauschalen-Katalog aufgenommen wurde das unbewertete Zusatzentgelt ZE 2010-81 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems*. Diese Leistung war im Jahr 2009 als Neues Untersuchungs- und Behandlungsverfahren mit Status 1 bewertet.

Wie in den Vorjahren wird der Vergütungsbetrag der bewerteten operativen und interventionellen Verfahren im Wesentlichen durch den Einsatz hochteurer Sachmittel (Implantate) und ggf. weitere verfahrensbezogene Kostenanteile bestimmt.

Einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren in Bezug auf Extremkostenproblematik bei Blutprodukten folgend wurden bei relevanter Fallzahl und unter Berücksichtigung der Daten der letzten drei Jahre die oberen Dosisklassen beim ZE107 *Gabe von Erythrozytenkonzentraten* und ZE108 *Gabe von patientenbezogenen Thrombozytenkonzentraten* erweitert. Auf Basis weiterführender Analysen wurden weitere Anpassungen auch für den Bereich der Antimykotika bei den Zusatzentgelten ZE109 *Gabe von Caspofungin, parenteral*, ZE110 *Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral*, ZE111 *Gabe von Voriconazol, oral*, ZE112 *Gabe von Voriconazol, parenteral*, ZE113 *Gabe von Itraconazol, parenteral* und ZE114 *Gabe von Posaconazol, oral* vorgenommen. Folgende Tabelle zeigt die daraus resultierende Veränderung in Bezug auf die Vergütung von Extremkosten beispielhaft:

Dosisklasse 2009	Betrag 2009	Dosisklasse 2010	Betrag 2010
2.400 mg bis unter 2.600 mg	20.226,67 €	2.400 mg bis unter 2.800 mg	18.820,55 €
2.600 mg und mehr	21.866,67 €	2.800 mg bis unter 3.600 mg	22.782,77 €
		3.600 mg bis unter 4.400 mg	28.726,10 €
		4.400 mg bis unter 5.200 mg	34.669,43 €
		5.200 mg bis unter 6.000 mg	40.612,76 €
		6.000 mg bis unter 6.800 mg	46.556,09 €
		6.800 mg bis unter 7.600 mg	52.499,42 €
		7.600 mg bis unter 8.400 mg	58.442,76 €
		8.400 mg und mehr	64.386,09 €

Tabelle 23: Obere Dosisklassen bei ZE709 *Caspofungin, parenteral*

Vier zuvor als NUB definierte Medikamente konnten auf Basis der verfügbaren Daten neu als Zusatzentgelt definiert und bewertet werden (*ZE115 Gabe von Anidulafungin, parenteral*, *ZE116 Gabe von Panitumumab, parenteral*, *ZE117 Gabe von Trabectedin, parenteral* und *ZE118 Gabe von Abatacept, parenteral*). Im Bereich der Medikamente war erneut ein deutlicher Preisverfall bei *ZE91 Gabe von Oxaliplatin, parenteral* festzustellen, was zur weiteren Streichung der unteren Dosisklassen führte.

In die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden für das Jahr 2010 für Medikamentengaben sieben neue Zusatzentgelte aufgenommen, die als NUB-Leistungen 2009 mit Status 1 versehen waren (*ZE2010-74 Gabe von Sunitinib, oral*, *ZE2010-75 Gabe von Sorafenib, oral*, *ZE2010-76 Gabe von Temsirolimus, parenteral*, *ZE2010-77 Gabe von Lenalidomid, oral*, *ZE2010-78 Gabe von Clofarabin, parenteral*, *ZE2010-79 Gabe von Nelarabin, parenteral* und *ZE2010-80 Gabe von Amphotericin-B-Lipidkomplex, parenteral*). Diese Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnten jedoch wie alle in Anlage 4 zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2008, 2009 und 2010) von 1.137 über 1.192 auf 1.200 angestiegen. Parallel dazu verläuft der Anstieg der Anzahl bewerteter DRGs von 1.089 über 1.146 auf 1.154.

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

- a) die steigende Komplexität des Systems alle Krankenhäuser betrifft, und
- b) 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 Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2008, dass weniger als 400 der rund 1.700 untersuchten Krankenhäuser in Deutschland während eines gesamten Jahres mehr als 500 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen. Rund 63% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (vgl. Abb. 9).

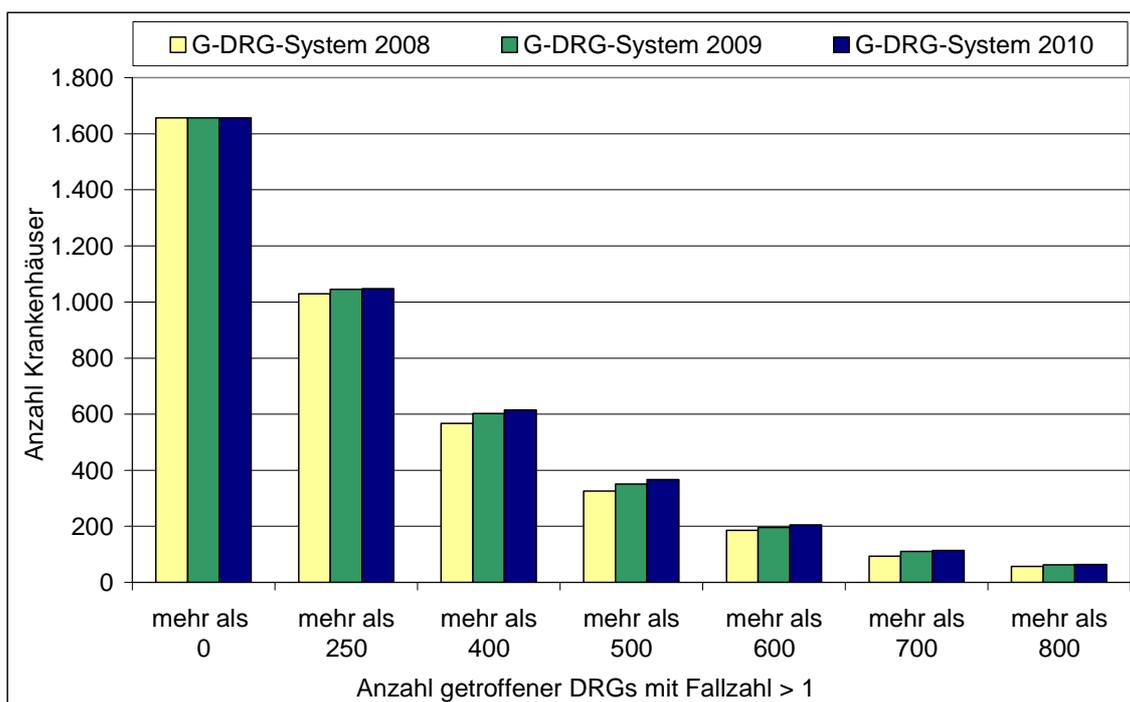


Abbildung 9: Anzahl getroffener DRGs pro KH (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2008, 2009 und 2010, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2008

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 2008 nahezu unverändert (vgl. Abb. 10).

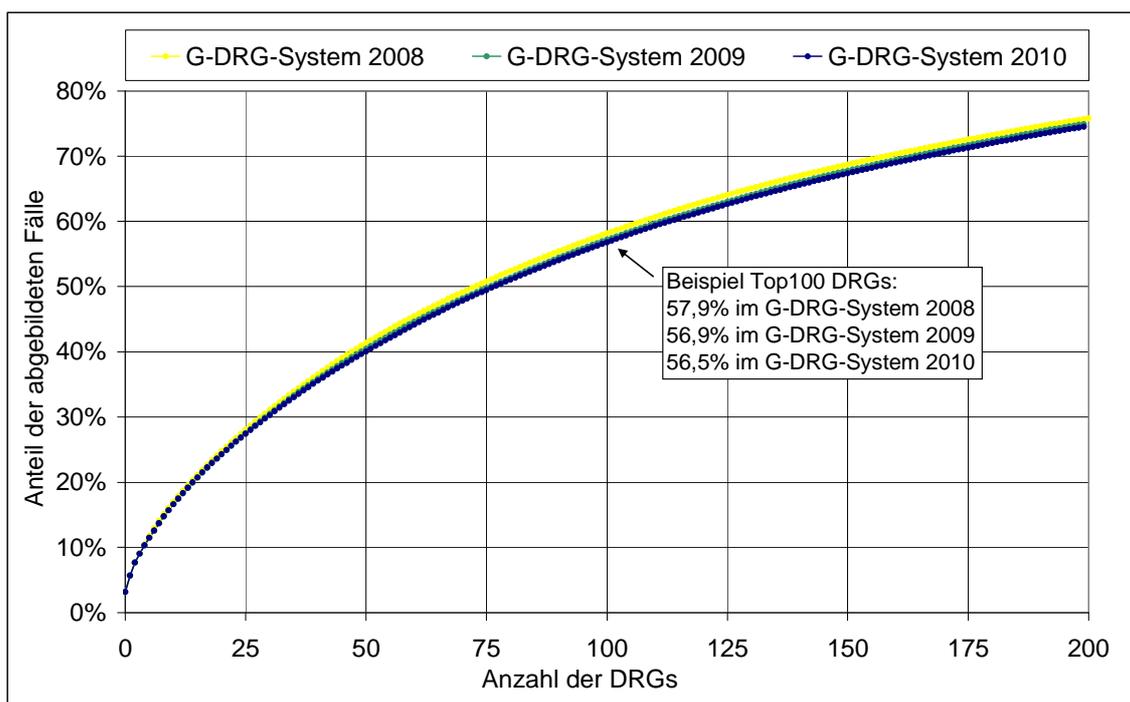


Abbildung 10: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2008, 2009 und 2010, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2008

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 11) 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.

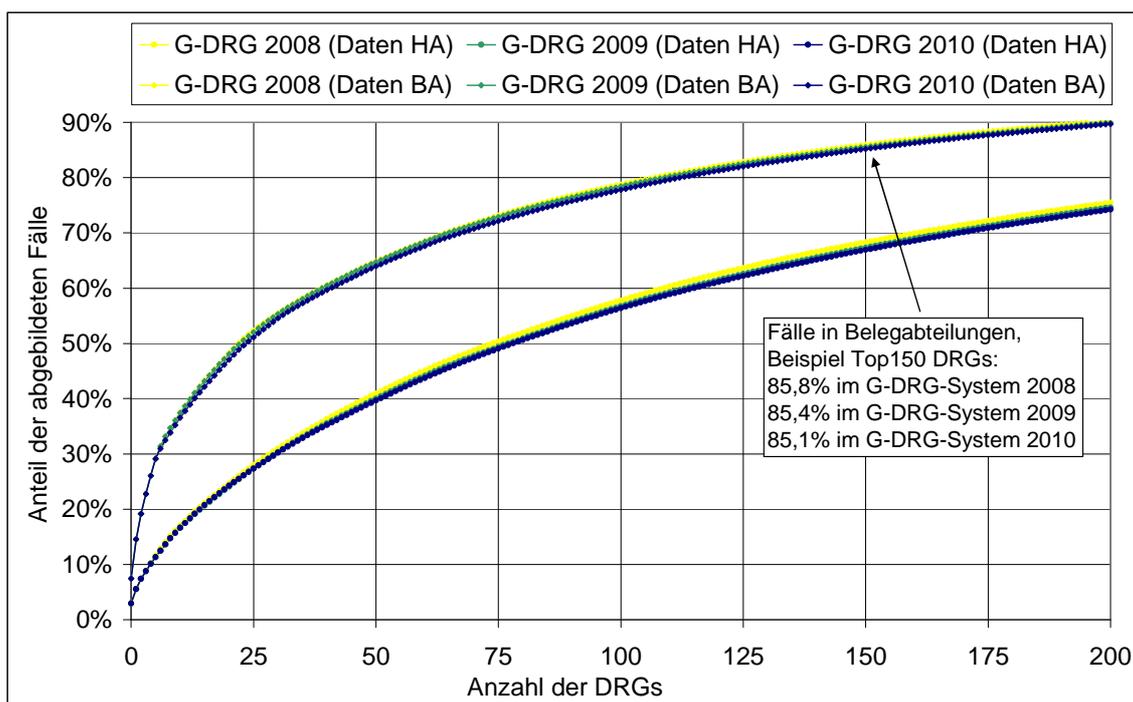


Abbildung 11: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2008, 2009 und 2010, Basis: Daten gem. § 21 KHEntG, Datenjahr 2008

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 84 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung bereits 68% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2).

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 R²-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 2009 als auch nach dem G-DRG-System 2010 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 1.124 DRGs im G-DRG-System 2009 bzw. 1.131 DRGs im G-DRG-System 2010 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2010 im Vergleich zum G-DRG-System 2009 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 2008 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt. Es ergaben sich die folgenden Maße (siehe Tab. 24):

	G-DRG-System 2009	G-DRG-System 2010	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7426	0,7443	0,2
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8366	0,8430	0,8

Tabelle 24: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2009 und G-DRG-System 2010 (Datenbasis: Datenjahr 2008)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion leicht um 0,2% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8430 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2010 im Vergleich zur Version 2009 um 0,8% gesteigert werden.

Tendenziell bewirkt eine höhere Anzahl von Klassen eine Zunahme des R^2 -Wertes. Durch die Steigerung von 1.192 auf 1.200 DRGs (bzw. von 1.124 auf 1.131 DRGs für die der R^2 -Analyse zugrunde liegende Datenbasis) ist ein automatischer R^2 -Anstieg mit nachrangiger Bedeutung verbunden. Die Verbesserung der Varianzreduktion durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung des G-DRG-Systems unterscheidet sich um ein Vielfaches vom Effekt der reinen Zunahme der DRG-Klassenzahl.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 12 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 2010 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2010 zur Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2009 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich (rechte Skala).

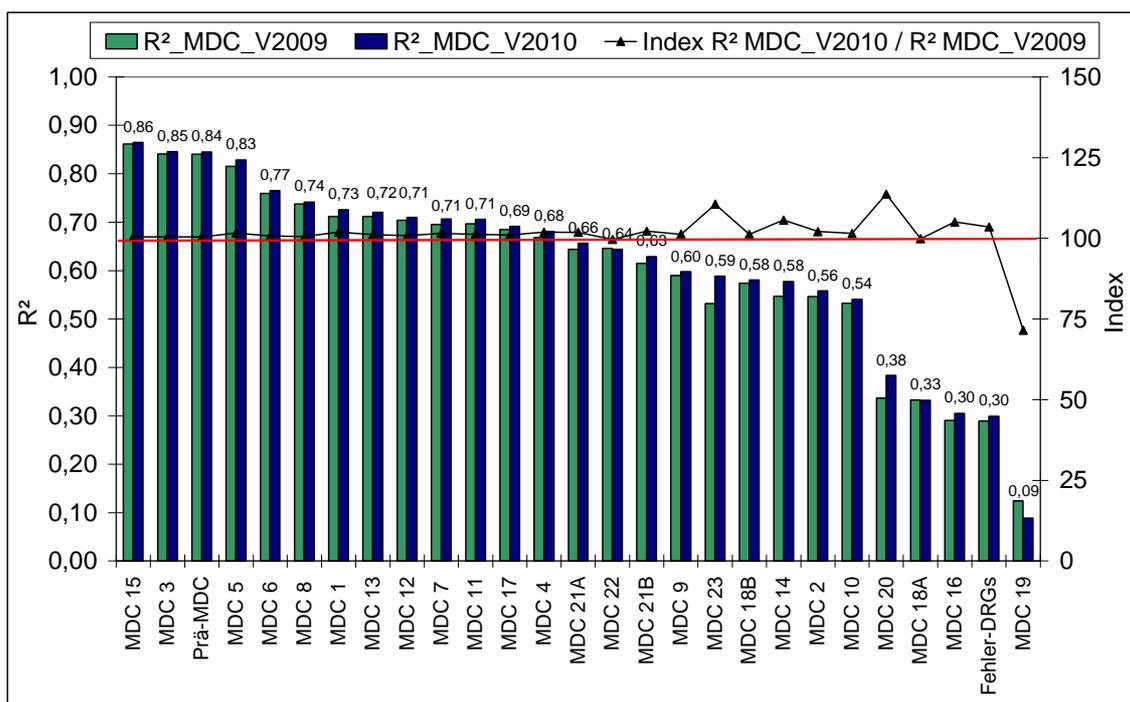


Abbildung 12: R²-Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2009 und 2010, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2010), Datenjahr 2008

Die Darstellung zeigt, dass es Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs gibt. Allerdings sind die Veränderungen in beide Richtungen relativ gering. Bis auf drei MDCs ist eine positive Veränderung im G-DRG-System 2010 gegenüber der Version 2009 zu verzeichnen (Index >100).

In den folgenden MDCs

- MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (Index 113,7),
- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (Index 110,6),
- MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* (Index 105,6) und
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 105,0)

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 (49,8%), zeigt eine Steigerungsrate zwischen 0,5% und 1,9%:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7118 auf 0,7256 (Index 101,9)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8152 auf 0,8287 (Index 101,7)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7596 auf 0,7651 (Index 100,7)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7379 auf 0,7417 (Index 100,5)

Analyse der Kostenhomogenität

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2008) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 25):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2009		G-DRG-System 2010		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	Veränderung (in %)
Bereich					
unter 60%	37	3,3	31	2,7	- 16,7
60 bis unter 65%	118	10,5	104	9,2	- 12,4
65 bis unter 70%	392	34,9	403	35,6	+ 2,2
70 bis unter 75%	333	29,6	328	29,0	- 2,1
75% und mehr	244	21,7	265	23,4	+ 7,9
Gesamt	1.124		1.131		

Tabelle 25: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-Systeme 2009 und 2010, Basis: Inlier, Datenjahr 2008

Die Klasse mit der höchsten Homogenität („75% und mehr“) steigt mit +7,9% deutlich an.

Betrachtet man den Fallanteil der Inlier in DRGs kumulierter Homogenitätskoeffizientenklassen (siehe Abb. 13), so zeigt sich in dieser Perspektive sogar deutlicher die Verschiebung zugunsten der homogensten Klasse.

In Abbildung 13 ist neben den kumulierten Homogenitätsklassen (linke Skala) als Index das Verhältnis zwischen den Inlier-Anteilen in den jeweiligen Homogenitätsklassen für das G-DRG-System 2010 und für das G-DRG-System 2009 angegeben (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich.

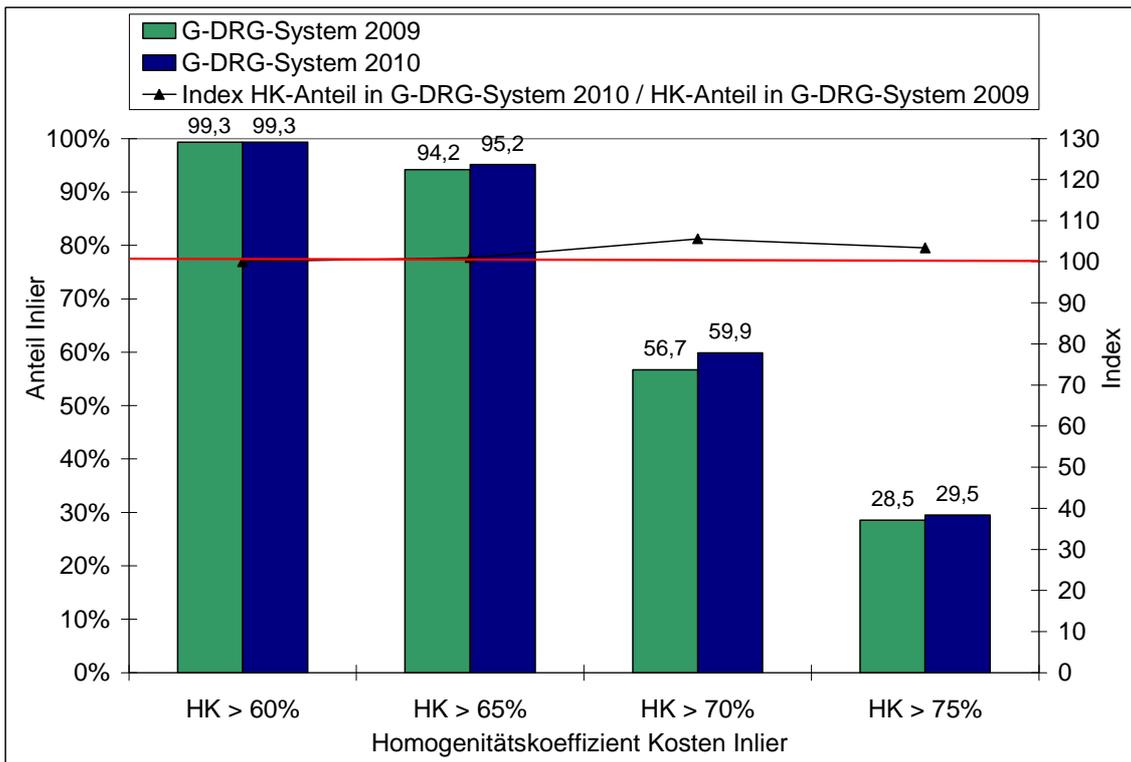


Abbildung 13: Vergleich der Fallkosten-Homogenitätsklassen für G-DRG-Systeme 2009 und 2010 bezüglich Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2008

Die Verbesserung der Kostenhomogenität ist an der Zunahme des Inlier-Fallanteils 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 26 zeigt den Anteil der DRGs in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme 2009 und 2010.

Fallanteil im 95%-KI mittlere Fallkosten Inlier	G-DRG-System 2009		G-DRG-System 2010		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 90%	385	34,3	386	34,1	- 0,4
90 bis unter 95%	689	61,3	700	61,9	+ 1,0
95% und mehr	50	4,4	45	4,0	-10,6
Gesamt	1.124		1.131		

Tabelle 26: Anteil DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der DRG-Inlier liegen, Basis: G-DRG-Systeme 2009 und 2010, Datenjahr 2008

Die Analyse zeigt sich aufgrund der Situation in der DRG- und fallzahlstarken mittleren Klasse insgesamt stabil, obwohl die Anzahl der DRGs in der höchsten Klasse im G-DRG-System 2010 im Vergleich zum G-DRG-System 2009 um vier gesunken ist.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2010.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2006, 2007 und 2008

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2006, 2007 und 2008 jeweils gemäß G-DRG-Version 2008 gruppierten, medizinisch plausibilisierten Fälle in Hauptabteilungen, ohne Fälle in expliziten Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen jeweils rund 15,5 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 2,3% vom Datenjahr 2006 zum Datenjahr 2007 sowie ein weiterer Rückgang von 2,6% vom Datenjahr 2007 zum Datenjahr 2008 (siehe Tab. 27).

Daten gem. § 21 KHEntgG	Verweildauer- Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2006	7,53		
Datenjahr 2007	7,36	- 0,18	- 2,3
Datenjahr 2008	7,17	- 0,19	- 2,6

Tabelle 27: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2006 bis 2008, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2008

Der Verweildauerrückgang im Vergleich der Datenjahre 2007 mit 2008 in den Daten gem. § 21 KHEntgG verteilt sich 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 195 DRGs, die zusammen ca. 4% der analysierten Fälle repräsentieren, lässt sich ein Anstieg in der mittleren Verweildauer feststellen.

Betrachtet man nur die Datenjahre 2007 und 2008, so ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 23,8% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2008 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 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in der folgenden Tabelle 28 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2007 zum Datenjahr 2008 für beide Abteilungsarten von rund 3% erkennbar.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2006	6,93			5,08		
Datenjahr 2007	6,71	- 0,22	- 3,2	4,93	- 0,15	- 2,9
Datenjahr 2008	6,49	- 0,22	- 3,2	4,81	- 0,13	- 2,6

Tabelle 28: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2006 bis 2008, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (vgl. Tab. 26) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2008 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 7,17 noch 6,49 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 3,2% im Vergleich zu 2,6% noch deutlicher.

Der Rückgang der Verweildauer im Laufe der letzten Datenjahre kann auch durch die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (vgl. Abb. 14) verdeutlicht werden.

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

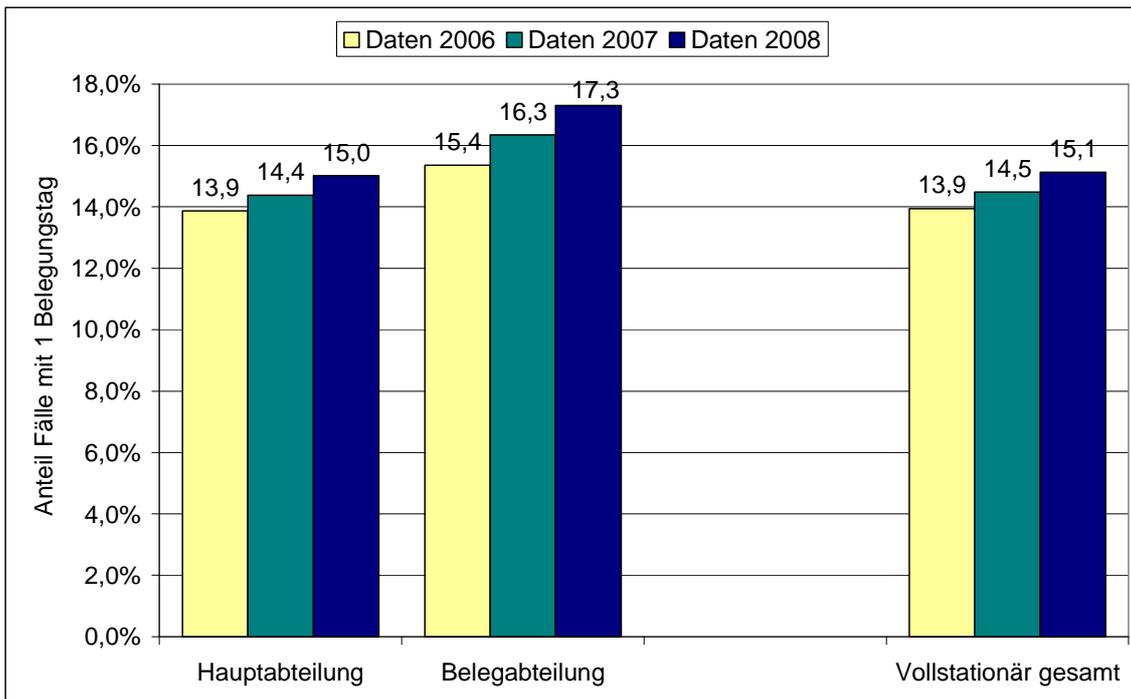


Abbildung 14: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2006 bis 2008

3.4.4.2 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2010 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 19,6 Mio. 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 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 Streuverhalten 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:

- 22 Ein-Belegungstag-DRGs
- 45 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 71 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.129 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 638 DRGs (57% bezogen auf 1.129 DRGs). Die folgende Abbildung 15 zeigt je MDC den Anteil der DRGs, für die kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der zentralen Tendenz in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und in den Daten gem. § 21 KHEntgG festgestellt werden konnte.

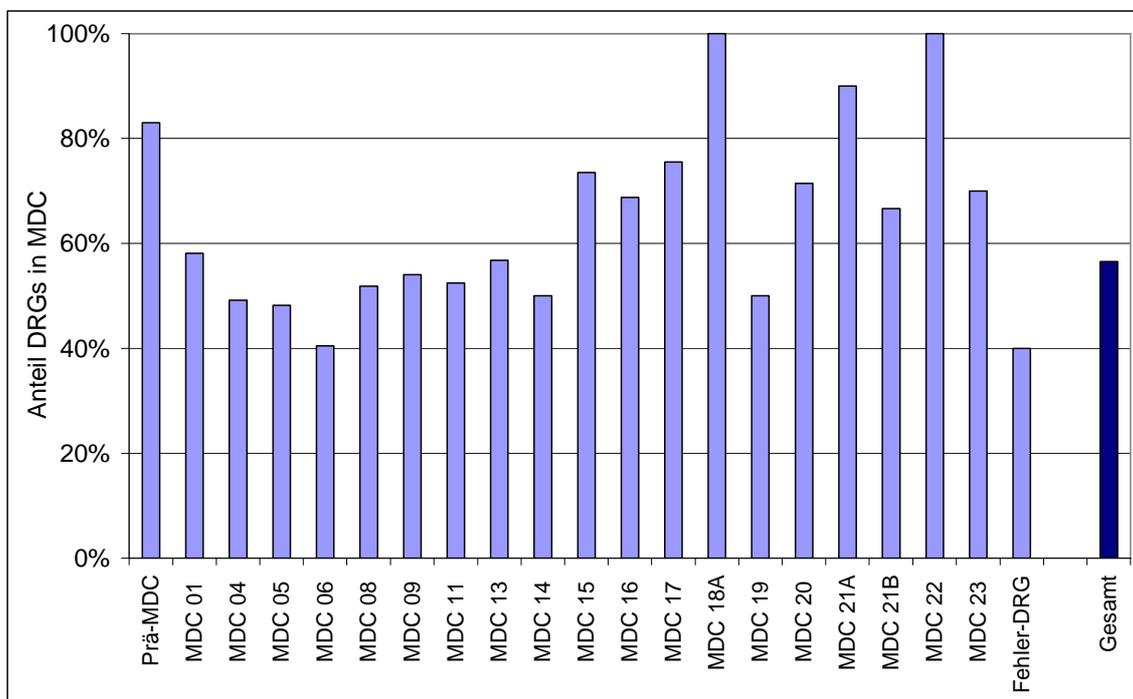


Abbildung 15: Anteil der bezüglich des Mann-Whitney-Tests nicht signifikanten DRGs je MDC hinsichtlich Verweildauerverteilung, Inlier, Datenjahr 2008

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 798 der 1.129 analysierten DRGs (71%) ist diese geringer als +/-0,5 Tage, 1.083 DRGs (96%) unterscheiden sich um höchstens +/-1 Tag und für 1.111 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/-2 Tage.

Die folgende Abbildung 16 verdeutlicht, dass für knapp zwei Drittel (64%) der mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant unterschiedlich eingestuften DRGs der Unterschied zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG gerundet 0 Tage beträgt.

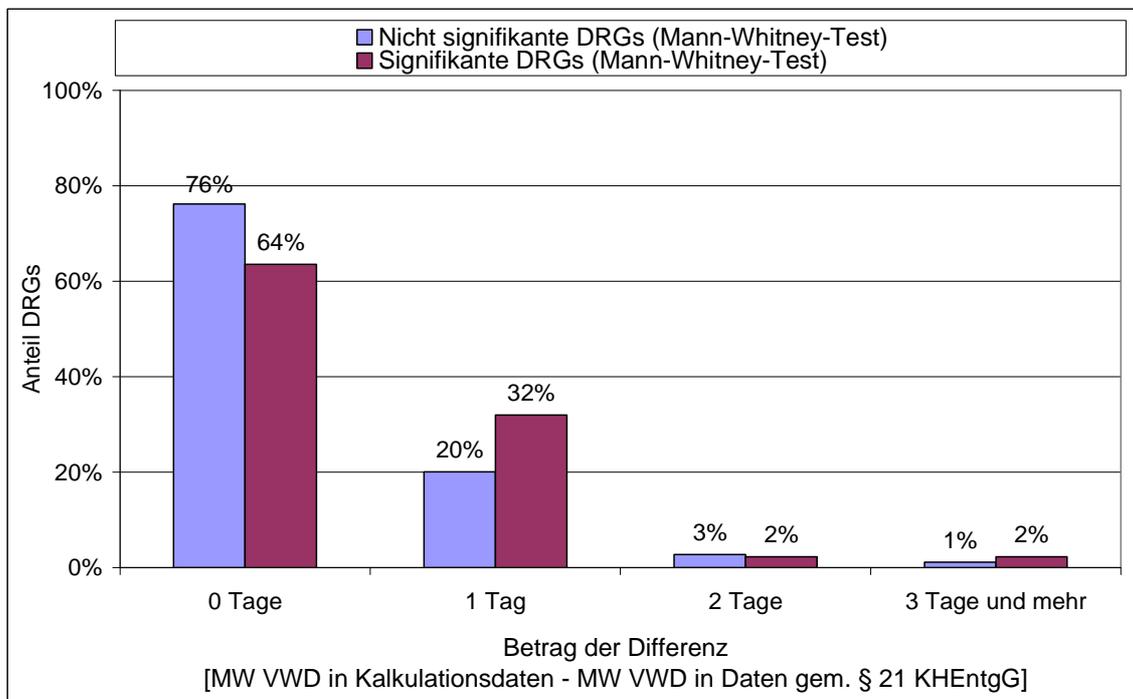


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung der gerundeten absoluten Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG) für nicht signifikante und signifikante DRGs (bezüglich Mann-Whitney-Test), Inlier, Datenjahr 2008

Trotz einer Repräsentativitätsquote von 57% (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 96% (64% + 32%) der DRGs die gerundete Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG höchstens +/-1 Tag beträgt.

Am Beispiel der 16 analysierten DRGs der MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* wird im Folgenden der Zusammenhang des Resultats der Repräsentativitätsprüfung mit den tatsächlichen Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte exemplarisch erläutert.

In Abbildung 17 stellen die Balken die Differenz zwischen den Verweildauer-Mittelwerten in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und denjenigen in den 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.

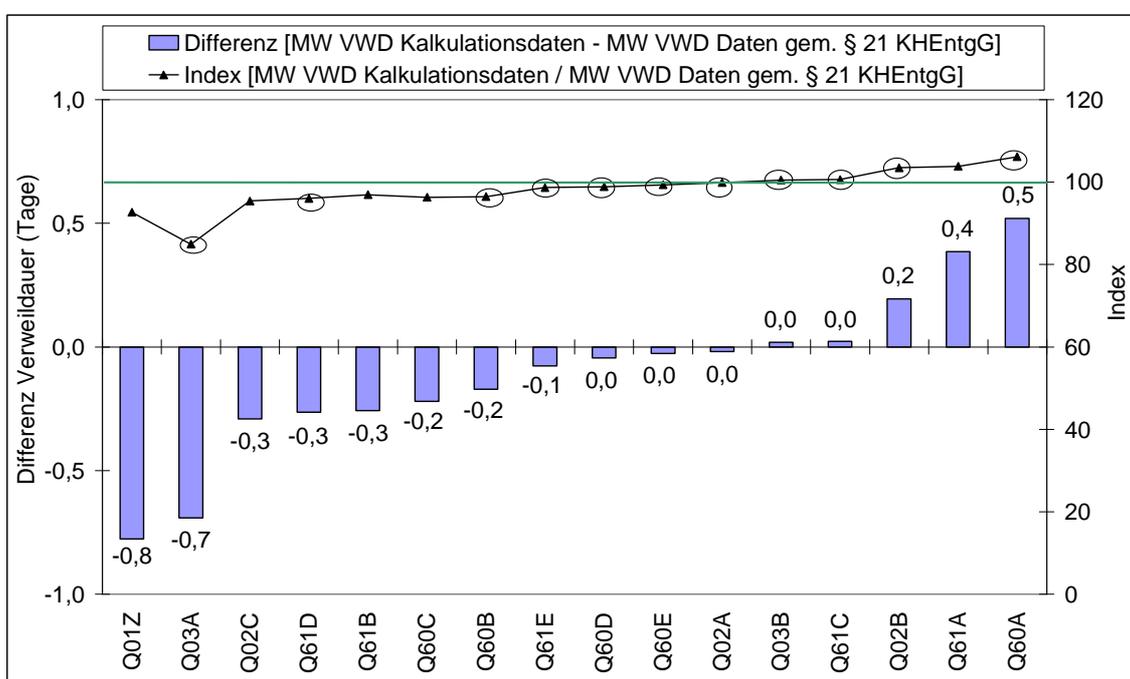


Abbildung 17: Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte für DRGs der MDC 16, sortiert nach Differenz, Inlier, Datenjahr 2008

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 13 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 Daten gem. § 21 KHEntgG ist durch die Analyse des Streuverhaltens der Verweildauer möglich. Hierzu wird der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer verwendet.

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 18 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Ver-

weildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG haben ähnliche Verteilungen.

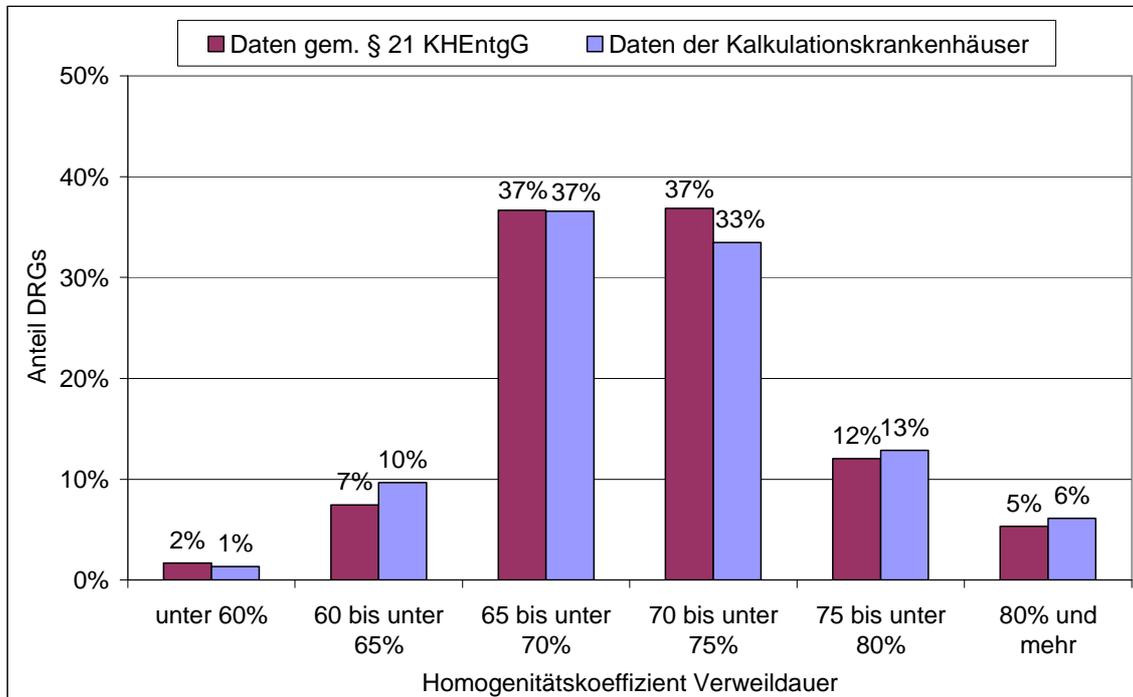


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Inlier, Datenjahr 2008

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

Für 1.105 von 1.129 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/-5%. Eine Abweichung von höchstens +/-2,5% liegt bei 990 DRGs (88% von 1.129 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 1.129 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den 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 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 Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte G-DRG-System 2010 bildet somit die 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 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 Potential für Verbesserungsmöglichkeiten der Datenqualität auf. Dieses 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 Datenstelle die Datenqualität der Daten gem. § 21 KHEntgG in der Vollerhebung der Leistungsdaten angehoben.

Kalkulationsmethodik

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent beschritten werden. Im Datenjahr 2008 wurde die Fehlerquote für eine erfolgreiche Teilnahme um fünf Prozentpunkte (auf dann maximal 15%) gesenkt, was einen Anstieg der für die Kalkulation zur Verfügung stehenden, plausiblen Datensätze zur Folge hatte. Die Rückkoppelungen zwischen InEK und den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen finden ihren Niederschlag auch darin, wiederkehrende Fragestellungen durch eine standardisierte Vorgabe zu ersetzen, um die Datenqualität der Kalkulationsergebnisse nochmals 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 (siehe Kap. 3.3.1.2)

Tabelle A-3:

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

Tabelle A-4-1:

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

Tabelle A-4-2:

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

Tabelle A-4-3:

DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

Tabelle A-1:

249 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. Ingr. oder Alter < 16 Jahre, ohne Ingr. 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 Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 Jahre od. Alt. < 18 J. m. großem intrakraniellen Eingr., m. äußerst schw. CC, b. Neubildung
B02C	Komplexe Kraniotomie od. Wirbels.-Op. oh. Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 J. oder Alt. < 18 J. mit gr. intrakran. Eingr., mit auß. schw. CC, auß. bei Neub. oder Alt. > 5 J., oh. auß. schw. CC, mit kompliz. Konst. od. verschiedenart. kompl. Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
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. auß. 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 oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte und < 1657 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B80Z	Andere Kopfverletzungen
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnäherung oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnäherung, 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
D04Z	Bigonthe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea
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 oder hochaufwändiges Implantat 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
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler oder mit komplexem Eingriff, mit intraop. Ablation oder Alter < 16 Jahre
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, ohne intraoperative Ablation
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

DRG	DRG-Text
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 552 P. u. < 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. endovask. Impl. v. Stent-Proth. a. d. Aorta od. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem.
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

DRG	DRG-Text
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
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 oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
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

DRG	DRG-Text
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
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 hochkomplexer 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, ohne großen Eingriff am Darm
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat 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

DRG	DRG-Text
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 oder interstitielle Brachytherapie
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
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

DRG	DRG-Text
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 oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden

DRG	DRG-Text
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
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 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
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
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

DRG	DRG-Text
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
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

DRG	DRG-Text
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose
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
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
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	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation

DRG	DRG-Text
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 kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte

Tabelle A-2:

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

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	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
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D30A	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äußerst schw. CC, mit 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
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus, außer komplexe Gleichgewichtsstörung
D61C	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) 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
G21B	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
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
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige kompl. Eingriffe, ohne Eingriffe bei deformierenden Erkrankungen, ohne kompl. Spondylodese, ohne bestimmte Osteosynthesen, ohne Kyphoplastie m. äuß. schw. od. schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, ohne Wirbelfraktur, außer bei Para- / Tetraplegie
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, mit mäßig komplexem Eingriff
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, ohne mäßig komplexen Eingriff
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, mit mäßig komplexem Eingriff
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne mäßig komplexen Eingriff
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebralparese od. schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation od. Implantation einer Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, Alter > 15 Jahre, ohne Eingriff an mehr als einem Strahl
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, ohne bestimmte Eingriffe am Weichteilgewebe
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
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsber., mehr als ein Bel.tag, Alt. > 55 J. od. m. auß. schw. od. schw. CC od. m. Para- / Tetrapl., auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn. od. and. Frakturen am Femur
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie, 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 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

DRG	DRG-Text
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra 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 Urethrastraktur, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter < 76 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
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
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

DRG	DRG-Text
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01H	Primäre 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
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 26 oder mehr als 33 vollendete Wochen
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 (siehe Kap. 3.3.1.4)

ICD 2008	ICD-Text	Status
D63.0	Anämie bei Neubildungen	Abwertung
D70.10	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase unter 10 Tage	Abwertung
D70.11	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie: Kritische Phase 10 Tage bis unter 20 Tage	Abwertung
D70.18	Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie	Abwertung
D70.19	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
D70.3	Sonstige Agranulozytose	Abwertung
D70.6	Sonstige Neutropenie	Abwertung
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet	Abwertung
E87.8	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes, anderenorts nicht klassifiziert	Streichung
I45.9	Kardiale Erregungsleitungsstörung, nicht näher bezeichnet	Angleichung
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet	Angleichung
I82.9	Embolie und Thrombose nicht näher bezeichneter Vene	Angleichung
I97.9	Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nicht näher bezeichnet	Angleichung
J09	Grippe durch nachgewiesene Vogelgrippe-Viren	Angleichung
J10.0	Grippe mit Pneumonie, sonstige Influenzaviren nachgewiesen	Angleichung
J11.0	Grippe mit Pneumonie, Viren nicht nachgewiesen	Angleichung
J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae	Angleichung
J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae	Angleichung
J15.3	Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B	Angleichung
J15.4	Pneumonie durch sonstige Streptokokken	Angleichung
J15.7	Pneumonie durch Mycoplasma pneumoniae	Angleichung
J15.9	Bakterielle Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Angleichung

ICD 2008	ICD-Text	Status
J16.0	Pneumonie durch Chlamydien	Angleichung
J16.8	Pneumonie durch sonstige näher bezeichnete Infektionserreger	Angleichung
J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet	Angleichung
J18.1	Lobärpneumonie, nicht näher bezeichnet	Angleichung
J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	Angleichung
J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet	Angleichung
J41.1	Schleimig-eitrige chronische Bronchitis	Angleichung
J41.8	Mischformen von einfacher und schleimig-eitriger chronischer Bronchitis	Angleichung
J42	Nicht näher bezeichnete chronische Bronchitis	Abwertung
J43.0	McLeod-Syndrom	Angleichung
J43.1	Panlobuläres Emphysem	Angleichung
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem	Angleichung
J43.8	Sonstiges Emphysem	Angleichung
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet	Angleichung
J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Angleichung
J44.01	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes	Angleichung
J44.02	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes	Angleichung
J44.10	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Angleichung
J44.11	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes	Angleichung
J44.12	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes	Angleichung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 < 35 % des Sollwertes	Angleichung
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes	Angleichung

ICD 2008	ICD-Text	Status
J47	Bronchiektasen	Angleichung
J94.1	Fibrothorax	Angleichung
K71.9	Toxische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet	Angleichung
M96.9	Krankheit des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet	Angleichung
N13.9	Obstruktive Uropathie und Refluxuropathie, nicht näher bezeichnet	Angleichung
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	Angleichung
N18.80	Einseitige chronische Nierenfunktionsstörung	Angleichung
N18.83	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium III	Angleichung
N18.84	Chronische Niereninsuffizienz, Stadium IV	Angleichung
N30.0	Akute Zystitis	Abwertung
N30.2	Sonstige chronische Zystitis	Streichung
R54	Senilität	Streichung
S02.9	Fraktur des Schädels und der Gesichtsschädelknochen, Teil nicht näher bezeichnet	Angleichung
S06.0	Gehirnerschütterung	Streichung
S06.9	Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet	Streichung
S12.9	Fraktur im Bereich des Halses, Teil nicht näher bezeichnet	Angleichung
S32.83	Fraktur: Becken, Teil nicht näher bezeichnet	Angleichung
S37.9	Verletzung eines nicht näher bezeichneten Harnorganes oder Beckenorganes	Angleichung
T80.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Angleichung
T81.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	Angleichung
T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet	Angleichung
U60.9	Klinische Kategorie der HIV-Krankheit nicht näher bezeichnet	Streichung
U61.9	Anzahl der (CD4+-) T-Helferzellen nicht näher bezeichnet	Streichung

Tabelle A-4-1:

239 DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

DRG	DRG-Text
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV
A07A	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
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.
A13D	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen od. sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 1104 Punkte, ohne komplizier. Konstellation, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr
A36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit Einsatz eines Embolieprotektionssystems
B06A	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B64Z	Delirium
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung

DRG	DRG-Text
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
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. auß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
B77Z	Kopfschmerzen
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D13Z	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D17Z	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis und Epiglottitis
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Zahnextraktion und -wiederherstellung
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden oder mit kompliz. Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder ARDS, Alter < 16 Jahre
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E62B	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter < 16 Jahre
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
F01A	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems
F01C	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
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
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

DRG	DRG-Text
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ Maßnahmen, ohne PTCA
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
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 Belegungstage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
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 kardialem Mapping
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren oder schweren CC
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere oder schwere CC
F67B	Hypertonie mit schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
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
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21A	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
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
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G64C	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und Alter < 70 Jahre
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC, Alter > 2 Jahre
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas

DRG	DRG-Text
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie, Alter < 3 Jahre
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
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
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I06B	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
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC oder Revision des Kniegelenkes
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, Alter < 16 Jahre
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose
I20C	Eingriffe am Fuß mit komplexem Eingriff, schwerem Weichteilschaden, Knochentransplantation, Implantation einer Zehengelenkendoprothese oder bei Kalkaneusfraktur
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebralparese oder schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation oder Implantation einer Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, Alter < 16 Jahre

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
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit bestimmten Eingriffen am Weichteilgewebe, ohne Osteotomie und ohne Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
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
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne unspezifische Arthropathien, Alter < 10 Jahre
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I79Z	Fibromyalgie
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
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung und ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
J60Z	Hautulkus
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre ohne komplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC
J67B	Leichte bis moderate Hauterkrankungen ohne CC oder Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
K04A	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff
K04B	Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung, ohne zusätzliche Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K06D	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne zusätzliche Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K60C	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
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

DRG	DRG-Text
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L04C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren 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
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

DRG	DRG-Text
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M04A	Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N03B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
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
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst. od. m. kompliz. Diag., 26 - 33 SSW od. m. kompl. Diag. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., oh. auß. schw. CC
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O60B	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplizierende Konstellation oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äuß. schw. oder schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexe Diagnose, 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW)
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
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
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre

DRG	DRG-Text
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, mit Milzverletzung 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
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre
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
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
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
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver 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
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose
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
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, 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
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T63B	Virale Erkrankung bei Infektion mit Zytomegalieviren außer bei Zustand nach Organtransplantation
T63C	Andere virale Erkrankungen
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen

DRG	DRG-Text
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
U63Z	Schwere affektive Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag

Tabelle A-4-2:

130 DRGs, bei denen die **entlassverlegten Fälle** bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

DRG	DRG-Text
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung
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
A07E	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose
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, ohne komplexe Prozedur, Alter > 15 Jahre
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.
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 15 Jahre
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
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. äußerst 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
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
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
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
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
B78C	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembranaufnäherung
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina

DRG	DRG-Text
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C05Z	Dakryozystorhinostomie
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne komplexe Diagnose
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus, außer komplexe Gleichgewichtsstörung
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E77E	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr

DRG	DRG-Text
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F46B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre
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
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre, ohne bestimmten Eingriff
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation bei koronarer Herzkrankheit oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof
F57Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention ohne äußerst schwere CC
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F72B	Instabile Angina pectoris mit schweren CC
F72C	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
F95A	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter < 19 Jahre
F95B	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter > 18 Jahre
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff

DRG	DRG-Text
G23C	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschied. Erkr. d. Verdauungsg. od. gastrointest. Blutung, m. äuß. schw. od. schw. CC od. Alter >74 J. od. Ulkuserkr., m. schw. CC od. Alter >74 J., mehr als 1 Beleg.tag, m. kompliz. Diagn. od. Dialyse od. kompl. Eingr.
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC
I06C	Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entz. Erkrankung od. bösartiger Neubildung, mit äuß. schweren CC oder Halotraktion oder mit Korrekturspondylodese > 6 Segm.
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
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
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit Eingriffen bei deformierenden Erkrankungen der Wirbelsäule, komplexen Spondylodosen oder Implantation eines Schrauben-Stabsystems mit Kyphoplastie, Alter > 15 Jahre
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation oder Implantation eines Schrauben-Stabsystems oder mit Kyphoplastie, mehr als 2 Segmente od. bis 2 Segmente mit äuß. schweren CC
I10B	Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne aufwändigen Eingriff
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, mit komplexer Prozedur
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I36Z	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I43A	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente

DRG	DRG-Text
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 74 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung mit aufwändiger Rekonstruktion
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter < 71 Jahre, ohne schwere CC
K03Z	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC, mit zusätzlicher Parathyreoidektomie oder äußerst schweren oder schweren CC
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 6 Jahre
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
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

DRG	DRG-Text
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 oder interstitielle Brachytherapie
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion der Prostata
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konst. od. m. kompliz. Diag., 26 - 33 SSW od. m. kompl. Diag. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. auß. schw. CC
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne geburtshilfliche Uterusexstirpation, ohne komplizierende Konstellation
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
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
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
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
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe

Tabelle A-4-3:

567 DRGs, bei denen die **verlegten Fälle** (aufnahme- und/oder entlassverlegt) bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 3.3.1.5)

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit komplexer OR-Prozedur
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule, Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
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
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
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
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
A07D	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
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
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
A09E	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung od. Tumorerkrankung od. Alter > 2 J., ohne kompliz. Konstell., Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1380 P., mit kompl. Diagn. od. kompl. Proz.
A09F	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeb. Fehlbild. od. Tumorerkrankung od. Alter > 2 J., ohne kompliz. Konstell., Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1380 P., ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Proz.
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
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
A11F	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte, Alter > 5 J. mit kompl. Diagn. oder Prozedur oder Alter < 16 J.
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 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, mit komplexer Diagnose oder Prozedur

DRG	DRG-Text
A13G	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 552 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, ohne kompl. Diagnose, ohne kompl. Prozedur
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
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
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, außer b. Neubildung od. ohne Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 Jahre od. Alt. < 18 J. m. großem intrakraniellen Eingr., m. äußerst schw. CC, b. Neubildung
B02C	Komplexe Kraniotomie od. Wirbels.-Op. oh. Strahlenth. > 8 Bestrahl., Alter < 6 J. oder Alt. < 18 J. mit gr. intrakran. Eingr., mit auß. schw. CC, auß. bei Neub. oder Alt. > 5 J., oh. auß. schw. CC, mit kompliz. Konst. od. verschiedenart. kompl. Prozedur
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04D	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne Einsatz eines Embolieprotektionssystems
B04E	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
B06B	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
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
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexer Diag.
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., ohne komplexen Eingr.
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelshunters
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 oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

DRG	DRG-Text
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt, Alter > 0 Jahre
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 80 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC
B73Z	Virusmeningitis
B75B	Fieberkrämpfe, Alter > 0 Jahre
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
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
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
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, mit komplizierender Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
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
C02B	E nukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D05A	Komplexe Parotidektomie

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
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals 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
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
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
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
D62Z	Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose

DRG	DRG-Text
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwändigem Eingriff
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, mit mäßig komplexem Eingriff
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand, Alter < 16 Jahre
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
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 intensivmed. Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Std., ohne kompliz. Diagn., Alter > 15 J., mit äußerst schweren CC od. bei Para- / Tetraplegie, od. ARDS, Alter > 15 J.
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
E62A	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder mit hochkomplexer Diagnose oder mit komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E63Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion

DRG	DRG-Text
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
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
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
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77A	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden
E77B	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne intensivmediz. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std., mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne intensivmed. Komplexb. im Kindesalter > 72 Std., oh. Komplexb. b. multires. Erregern, oh. angeb. Fehlbild.syndr., mit sehr kompl. Diagn. und auß. schw. od. schw. CC oder bei Z. n. Transplantation

DRG	DRG-Text
E77D	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, oh. intensivm. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std., oh. Komplexb. bei multires. Erregern, oh. angeb. Fehl.b.syndr., oh. sehr kompl. Diagn., außer b. Z. n. Transpl.
E77G	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane 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
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 Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit komplexem Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reoperation, mit äußerst schweren CC
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, ohne äußerst schwere CC
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit komplexem Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reoperation, ohne äußerst schwere CC
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Eingriff
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 3 Jahre
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 2 Jahre und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC
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 oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation
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 oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, 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 oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
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
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, mit komplexer Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, ohne komplexe 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
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 552 P. u. < 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. endovask. Impl. v. Stent-Proth. a. d. Aorta od. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem.
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC
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
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation außer bei koronarer Herzkrankheit oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof, ohne transeptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne transeptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal
F54Z	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konstell., ohne Revision, ohne kompliz. Diagn., Alter > 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe od. mäßig kompl. Gefäßeingr. m. kompliz. Diagn., ohne äuß. schw. CC, ohne Rotationsthrombektomie
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
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 kompliz. Diagn., Alter > 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äuß. schweren CC oder mäßig kompl. Gefäßeingr. mit äuß. 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
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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
F67D	Hypertonie ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit schweren CC
F71C	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F72A	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F73Z	Synkope und Kollaps
F74Z	Thoraxschmerz
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz
G02Z	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff, kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Std.
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, mit komplexem Eingriff
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
G04A	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre
G04B	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 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
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
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur
G13Z	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, mit bestimmter Lebermetastasen Chirurgie oder komplizierender Konstellation
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, ohne bestimmte Lebermetastasen Chirurgie, ohne komplizierende Konstellation
G17Z	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff
G18A	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G18C	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexen Eingriff
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff
G21B	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
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
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren 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 oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff 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
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopen bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit schweren CC oder bei nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren oder schweren CC bei Kindern
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer 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
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder Alter > 69 Jahre
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. m. kompl. Diag. od. Alt. <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 Belegungstag, oh. kompliz. Diag./Dial./kompl. Eingr.
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne komplexen Eingriff, Alter > 0 Jahre und Alter < 3 J. oder mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie
G67D	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dial./kompl. Eingr., Alt. > 2 J., oh. äuß. schw. CC od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr., oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 75 J., außer bei Para- / Tetraplegie
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
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
H06Z	Anderer OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Pankreas
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H16Z	Anderer Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40Z	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC und photodynamische Therapie
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, oder andere ERCP

DRG	DRG-Text
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nicht-infektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
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.
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
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 und komplexer OR-Prozedur
I02C	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompl. Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne äuß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. komplexer OR-Prozedur
I02D	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne komplexe plastische Rekonstruktion, ohne komplexe OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC
I03A	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, mit äußerst schweren CC
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	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk 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

DRG	DRG-Text
I06D	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung oder bösartige Neubildung, mit äußerst schweren CC
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
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	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese oder Kyphoplastie
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit Osteosynthese durch intervertebrale Cages oder mit Kyphoplastie bis 2 Segmente ohne äußerst schwere CC oder mit Wirbelkörperersatz oder bei Para- / Tetraplegie
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige kompl. Eingriffe, ohne Eingriffe bei deformierenden Erkrankungen, ohne kompl. Spondylodese, ohne bestimmte Osteosynthesen, ohne Kyphoplastie m. äuß. schw. od. schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
I10A	Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit aufwändigem Eingriff
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, mit Wirbelfraktur oder bei Para- / Tetraplegie
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, ohne Wirbelfraktur, außer bei Para- / Tetraplegie
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, mit mäßig komplexem Eingriff
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, ohne mäßig komplexen Eingriff
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Revision des Kniegelenkes
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne komplexen Mehrfacheingriff, mit bestimmtem Mehrfacheingriff oder komplexer Diagnose
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, mit mäßig komplexem Eingriff
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne mäßig komplexen Eingriff
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, Alter > 15 Jahre
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder mit Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebralparese oder schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation oder Implantation Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, Alter > 15 Jahre, mit Eingriff an mehr als einem Strahl
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebralparese od. schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation od. Implantation einer Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, Alter > 15 Jahre, ohne Eingriff an mehr als einem Strahl
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende 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
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm

DRG	DRG-Text
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung, mit schweren CC
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte Eingriffe am Weichteilgewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk
I31Z	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff oder Komplexbehandlung der Hand
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbehandlung der Hand, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplexer Diagnose
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbehandlung der Hand, mit komplexem Eingriff oder bei angeborener Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne komplexen Eingriff, ohne angeborene Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, ohne bestimmten Eingriff oder komplexe Diagnose, Alter > 5 Jahre
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I43B	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder mit allogener Knochen transplantation
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochen transplantation
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, 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
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen
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
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
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, außer b. Diszitis od. infektiöser Spondylopathie, mit kompl. Diagnose
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbels.ber., mehr als ein Beleg.tag, Alt. > 55 J. od. m. auß. schw. od. schw. CC od. m. Para- / Tetrapl., auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn. od. and. Frakturen am Femur
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankungen der Haut, Unterhaut und Mamma
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.
J04A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC
J04B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter < 70 Jahre ohne CC
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Eingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Eingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
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
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
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
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren CC
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, Alter > 70 Jahre oder schwere CC
J67A	Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC
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
K01D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60B	Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60D	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 10 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K60F	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre, mit komplexer Diagnose
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64D	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Radiojoddiagnostik
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
L09A	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit akuter Niereninsuffizienz od. m. chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, m. Anlage eines Dialyseshunts oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC, mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, mit Anlage eines Dialyseshunts
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, außer Anlage eines Dialyseshunts, ohne Kalziphylaxie
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
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
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
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
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat 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

DRG	DRG-Text
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 6 Jahre
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04C	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre
M05Z	Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeral Eingriff
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
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit schweren CC oder CC
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, ohne CC

DRG	DRG-Text
N03A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff
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
N09Z	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit äußerst schweren CC
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit schweren CC oder CC
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
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
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konstell. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie währ. d. Gestationsperiode m. OR-Proz.

DRG	DRG-Text
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss
O06Z	Intrauterine Therapie des Feten
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 26 oder mehr als 33 vollendete Wochen
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 Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g mit signifikanter OR-Prozedur
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 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
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
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
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
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
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
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
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
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, 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

DRG	DRG-Text
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60C	Sepsis mit kompliz. Konstell. oder bei Z. n. Organtranspl., ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para- / Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst. auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para-/Tetraplegie
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T61A	Postoperative und posttraumatische Infektionen mit komplizierender Konstellation oder komplizierender Diagnose
T61B	Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, mit Entzugssyndrom
V60C	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Entzugssyndrom

DRG	DRG-Text
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
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	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06A	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X06C	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung
X64Z	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y02A	Anderer Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
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
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
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 (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2009	Anzahl DRGs 2010	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	64	65	+ 2
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	111	110	- 1
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	33	32	- 3
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	63	64	+ 2
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	144	146	+ 1
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	79	80	+ 1
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	35	37	+ 6
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	140	138	- 1
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	52	0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	42	43	+ 2
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	68	68	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	25	26	+ 4
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	37	37	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	26	29	+ 12
15	MDC 15 Neugeborene	43	43	0
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 2009	Anzahl DRGs 2010	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	8	7	- 13
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	8	7	- 13
21A	MDC 21A Polytrauma	12	13	+ 8
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	12	+ 9
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		1.192	1.200	1