

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2012

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 16. Dezember 2011

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

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	4
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	4
2.2 Datenaufbereitung	5
2.3 Ableitung der Klassifikation	6
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	7
2.5 Zusatzentgelte	9
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	9
3 G-DRG-SYSTEM 2012	10
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	10
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	12
3.2.1 Datenbasis	12
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	12
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	18
3.2.2 Vorschlagsverfahren	20
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	20
3.2.2.2 Beteiligung	20
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	21
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	23
3.3.1 Anpassung der Methodik	23
3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	23
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	28
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	31
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	33
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	35
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	36
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	38
3.3.2.1 Abdominalchirurgie	38
3.3.2.2 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	39
3.3.2.3 Erkrankungen der Harnorgane	40
3.3.2.4 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	41
3.3.2.5 Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane	41
3.3.2.6 Extremkostenfälle	42
3.3.2.7 Frührehabilitation	43

3.3.2.8	Gastroenterologie	43
3.3.2.9	Geburtshilfe	45
3.3.2.10	Gefäßchirurgie	45
3.3.2.11	Geriatric	47
3.3.2.12	Handchirurgie	47
3.3.2.13	Hochaufwendige Pflege von Patienten	48
3.3.2.14	Intensivmedizin	49
3.3.2.15	Kardiologie und Herzchirurgie	51
3.3.2.16	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	53
3.3.2.17	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	54
3.3.2.18	Onkologie	56
3.3.2.19	Operative „Reste-DRGs“	58
3.3.2.20	Palliativmedizin	60
3.3.2.21	Polytrauma	60
3.3.2.22	Querschnittlähmung	61
3.3.2.23	Schlaganfall	62
3.3.2.24	Streitbefangene Konstellationen	62
3.3.2.25	Unfallchirurgie/Orthopädie	65
3.3.2.26	Versorgung von Kindern	68
3.3.3	Bewertung bisher unbewerteter Leistungen	69
3.3.4	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	70
3.3.5	Formale Änderungen	71
3.3.5.1	Sortierung	71
3.3.5.2	Sogenannte Langliegerproblematik	72
3.3.6	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	73
3.3.6.1	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	73
3.3.6.2	Überleitung auf die ab 1. Januar 2012 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	74
3.3.6.3	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	75
3.3.6.4	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	77
3.3.6.5	Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung	78
3.3.7	Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien	78
3.4	Statistische Kennzahlen	79
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	79
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	79
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	79
3.4.1.3	Zusatzentgelte	80
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	83
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	85
3.4.4	Analyse der Verweildauer	90
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2008, 2009 und 2010	90
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	92
4	KALKULATION DER AUSBILDUNGSKOSTEN	96
5	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	100
ANHANG		101

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computer-Tomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV ₁	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatemkapazität)
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 bzw. 2012 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 bzw. 2012)
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
ISS	Injury Severity Score
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
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
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
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
SZT	Stammzelltransfusion
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, die Abbildungsgenauigkeit der Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in Deutschland im Fallpauschalen-Katalog weiter zu erhöhen, wurde auch in diesem Jahr konsequent beschritten. Ein weiterer Schwerpunkt wurde auf klassifikatorische Änderungen gelegt, die auf die Reduzierung bzw. Beseitigung von Abrechnungs- und/oder Kodierkonflikten fokussieren.

Den 249 Krankenhäusern sowie den 94 Ausbildungsstätten, die freiwillig Kostendaten für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bzw. für die Ermittlung der Ausbildungskosten 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

Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 sind Schwerpunkt dieses sich an die interessierte Fachöffentlichkeit wendenden Berichts. Das InEK leistet damit einen Beitrag zur Transparenz über die der Weiterentwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise sowie zur Förderung des Verständnisses über Zusammenhänge im G-DRG-System.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 (Vorschlagsverfahren 2012)“ unterstützte die Pflege des G-DRG-Systems. Durch zahlreiche Vorschläge der Medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen 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 Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wäre ohne die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation nicht möglich. Von den Voraussetzungen zur erfolgreichen Teilnahme an der Kostenkalkulation unbeeindruckt haben die 249 Kalkulationskrankenhäuser erneut eine Stichprobe mit guter Datenqualität abgeliefert.

Für 2012 wurde zum zweiten Mal eine Kalkulation der Ausbildungskosten gem. § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durchgeführt. Auf Basis der Ausbildungskostenkalkulation sollten Richtwerte als Zielwert für die Angleichung der krankenhausspezifischen Finanzierungsbeträge nach § 17a Abs. 3 Satz 6 KHG vereinbart werden. An der Ausbildungskostenkalkulation beteiligten sich 94 Ausbildungsstätten.

Die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser und Ausbildungsstätten erhalten für ihr Engagement eine gesetzlich verankerte, pauschalierte Vergütung. Mit dem Systemzuschlag 2011 wurde ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,91 € erhoben. Damit zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern und Ausbildungsstätten 2011 eine pauschalierte Vergütung mit einem Gesamtvolumen von rund 13,5 Mio. €.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern (GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) am 12. August 2011 den Entwurf des G-DRG-Systems für 2012 vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten der G-DRG-Fallpauschalen-Katalog für 2012 und die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen inhaltlich konsentiert werden. Aufgrund unterschiedlicher Auffassungen hinsichtlich des Handlungsbedarfs zur Vereinbarung einer Empfehlung gem. § 9 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zum Übergang der Pflegefördermittel aus dem Pflegesonderprogramm (§ 4 Abs. 10 KHEntgG) in die landesweiten Basisfallwerte, konnte letztlich keine Vereinbarung zum Fallpauschalen-Katalog geschlossen werden. Mit Datum vom 28.11.2011 hat das Bundesministerium für Gesundheit mit der Verordnung zum DRG-Entgeltkatalog für das Jahr 2012 (DRG-Entgeltkatalogverordnung 2012 - DRG-EKV 2012) den G-DRG-Katalog für 2012 durch Ersatzvornahme in Kraft gesetzt.

Der vorliegende Bericht stellt die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse unter Verzicht auf die ausführliche Darstellung seit Jahren unveränderter Methoden vor. Im Report-Browser werden die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale zur Verfügung gestellt.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter Ökonomie

Siegburg, im Dezember 2011

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 2012 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.

Auf Basis der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ liefern die Kalkulationskrankenhäuser die um fallbezogene Kostendaten ergänzten Daten gem. § 21 KHEntgG. Neben der Lieferung von 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 Datenprüfung („Fehlerverfahren“) und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen. 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 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.

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. Unter Berücksichtigung der Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ wurden die Datensätze 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 01.01.2010 aufgenommen, aber erst 2010 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.
- 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. Übersteigt die zweifache Standardabweichung einen fest gewählten Maximalabstand, wird die OGV abweichend als die Summe aus mittlerer Verweildauer und Maximalabstand berechnet.

Für explizite Ein-Belegungstag-DRGs wird keine OGV berechnet.

Berechnung der Fallkosten

Für jede DRG werden die Fälle aller Kalkulationskrankenhäuser 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 für die 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. Das Verfahren zur Bestimmung der Bezugsgröße wird in Kapitel 3.3.1.6 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%, ohne Berücksichtigung 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 2012 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 bestimmte Voraussetzungen vorliegen.

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.

Für eine ausreichend differenzierte Analyse der potentiell zusatzentgeltrelevanten Leistungen werden ergänzende Informationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, deren Umfang durch das InEK vorgegeben wird. Die ergänzende Datenbereitstellung enthält Fallbezeichnungen mit ergänzenden Leistungsdaten (z.B. Anzahl der Leistungen, verabreichte Dosis bei Medikamentengabe) und Kostendaten, die in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Die ergänzend übermittelten Daten werden spezifischen inhaltlichen Datenprüfungen unterzogen.

2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Eine Versionsüberleitung anhand der Neuuzuordnung 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 verschiedene Varianten der Berücksichtigung im weiterentwickelten G-DRG-System:

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.6.

3 G-DRG-System 2012

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2012 umfasst insgesamt 1.193 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2012	1.193	- 1
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.149	- 1
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	40	0
davon rein teilstationäre DRGs	5	0
davon bewertet (Anlage 1c)	1	- 1

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2012

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2012) befinden sich 86 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 82). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2012) liegt bei 64 (Vorjahr: 64).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 20,1 Mio. Fällen (des Entgeltbereichs DRG) aus 1.621 Krankenhäusern übermittelt.

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 249 um vierzehn niedriger als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,4 Mio. Fälle. Dabei ist anzumerken, dass die teilstationären Falldaten für das Datenjahr 2010 nicht mehr kontaktbezogen, sondern fallbezogen dokumentiert und übermittelt wurden, sodass in diesem Bereich eine Vergleichbarkeit zu Vorjahresdaten nicht mehr gegeben ist. Im vollstationären Bereich ist die auswertbare Fallmenge aus den Kalkulationskrankenhäusern (ca. 3,2 Mio. Fälle) im Vergleich zum Vorjahr um 6% angestiegen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung bezogen sich vor allem auf folgende Themengebiete:

- Hochaufwendige Pflege von Patienten

Aufgrund der Vorgaben im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), zusätzliche Finanzmittel für Pflegekräfte ab 2012 im G-DRG-System zielgerichtet den Bereichen zuzuordnen, die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen, erfolgten intensive Analysen der Fälle mit hochaufwendiger Pflege von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen sowie Kleinkindern. Diese waren in den Kalkulationsdaten des Jahres 2010 erstmals anhand spezifischer OPS-Kodes zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) erkennbar. Von Krankenhausfällen mit hochaufwendiger Pflege waren insgesamt mehr als 900 DRGs betroffen. In 233 DRGs sind immerhin über 30 betroffene Fälle, sodass im Ergebnis nur eine Abbildung als Zusatzentgelt möglich war. Zur Vermeidung einer Doppelvergü-

tung wurden die PKMS-Fälle nicht zur Kalkulation der DRG-Relativgewichte verwendet, was je nach DRG einen signifikanten Einfluss auf Zusammensetzung und Kostenstruktur der DRG haben kann.

Im Ergebnis wurden zwei neue Zusatzentgelte für die *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130) sowie für die *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131) etabliert.

■ Streitbefangene Konstellationen

Eine uneinheitliche Eingruppierung sehr ähnlicher Fälle bietet häufig Streitpotential. Als prinzipielle Lösungsmöglichkeiten kommen die Präzisierung der Kodiervorschriften in den Deutschen Kodierrichtlinien bzw. der Verschlüsselungshinweise in der ICD bzw. dem OPS in Frage, oder die Prüfung durch das InEK, ob die Gruppierungsunterschiede gerechtfertigt sind mit ggf. nachfolgender Verminderung bzw. Beseitigung der unterschiedlichen DRG-Eingruppierung. Schwerpunkte der diesjährigen Analysen des InEK waren beim Thema „Streitbefangene Konstellationen“ für das G-DRG-System 2012 zum einen Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen als Hauptdiagnose bzw. als Nebendiagnose, zum anderen die Kontrolle einer bestehenden Heimbeatmung im Krankenhaus und die Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod zur Nachuntersuchung von Tumorpatienten. In diesen Themenbereichen wurden auf Grundlage der internen Analysen zahlreiche Anpassungen im G-DRG-System vorgenommen mit dem Ergebnis, dass bei Vereinheitlichung der Gruppierung eine sachgerechtere Abbildung der betroffenen Fälle erreicht werden konnte und für die Zukunft eine Verminderung von Kodierkonflikten zu erwarten ist.

■ Überarbeitung der CCL-Matrix

Zur Überprüfung der CC-Relevanz einzelner Diagnosekodes wurden in diesem Jahr ca. 120 Diagnosen aus dem Vorschlags- und Anfrageverfahren 2012 sowie über 200 Diagnosekodes im Rahmen eigener Analysen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. 42 Diagnosekodes wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Dazu gehörten 14 einzelne, bisher nicht CC-relevante Diagnosen aus den Codebereichen der bösartigen Neubildungen des Knochens und der Gelenkknorpel (ICD-Kodes C40.- und C41.-). Auch der Code E88.3 *Tumorlyse-Syndrom* wurde neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Einer höher bewerteten Zeile in der CCL-Matrix wurden zwei Diagnosen zugewiesen: A04.7 *Enterokolitis durch Clostridium difficile* und A08.1 *Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]*. Insgesamt wurden 36 Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen und 6 Diagnosen abgewertet. Von der Streichung bzw. Abwertung waren 15 Codes aus den Codebereichen T80–T88 betroffen, die Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung beschreiben.

■ Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter

Im OPS Version 2010 wurde eine Neustrukturierung der Codes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d) vorgenommen. Dabei wurden die bislang nach Stunden differenzierten Prozeduren nun nach der Anzahl der Aufwandspunkte unterteilt. Bei der nun erstmals möglichen Analyse dieser Fälle in den Kalkulationsdaten des Jahres 2010 zeigte sich, dass diese nun im Gegensatz zu ihren Vorgängerkodes deutlich besser als Kostentrenner geeignet sind. Im Ergebnis konnten die nach Aufwandspunkten differenzierten Intensivmedizin-DRGs für Erwachsene um die entsprechenden Punkteklassen für Kinder ergänzt und die komplexen intensivmedizinischen Leistungen bei Kindern erheblich aufgewertet werden.

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

	G-DRG-System 2011	G-DRG-System 2012	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7524	0,7540	0,2
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8415	0,8440	0,3

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2011 und im G-DRG-System 2012
(Datenbasis: Datenjahr 2010)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Im Datenjahr 2010 wurden im Datenfeld „Entgeltbereich“ die Ausprägungen „DRG“ und „PSY“ übermittelt:

- „DRG“: Entgelt nach KHEntgG, i.d.R. DRG-Fallpauschale (KHEntgG-Entgeltbereich)
- „PSY“: Entgelt nach Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen gem. § 17d Abs. 1 KHG (BPfIV-Entgeltbereich)

Alle folgenden Angaben sind auf den Entgeltbereich „DRG“ beschränkt. Die übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG aus den Entgeltbereichen „PSY“ wurden in eine separate Datenhaltung überführt und für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht weiter verwendet.

Den Umfang der regulären Datenlieferungen in den beiden Erhebungen für das Datenjahr 2010 gibt Tabelle 4 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung. 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	1.621	249
Anzahl Betten	444.727	99.848
Anzahl Fälle	20.054.565	4.466.493

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2010 (Stand: 31. Mai 2011)

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 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 dokumentierten Umfang von 1.621 Krankenhäusern bzw. 249 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

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.

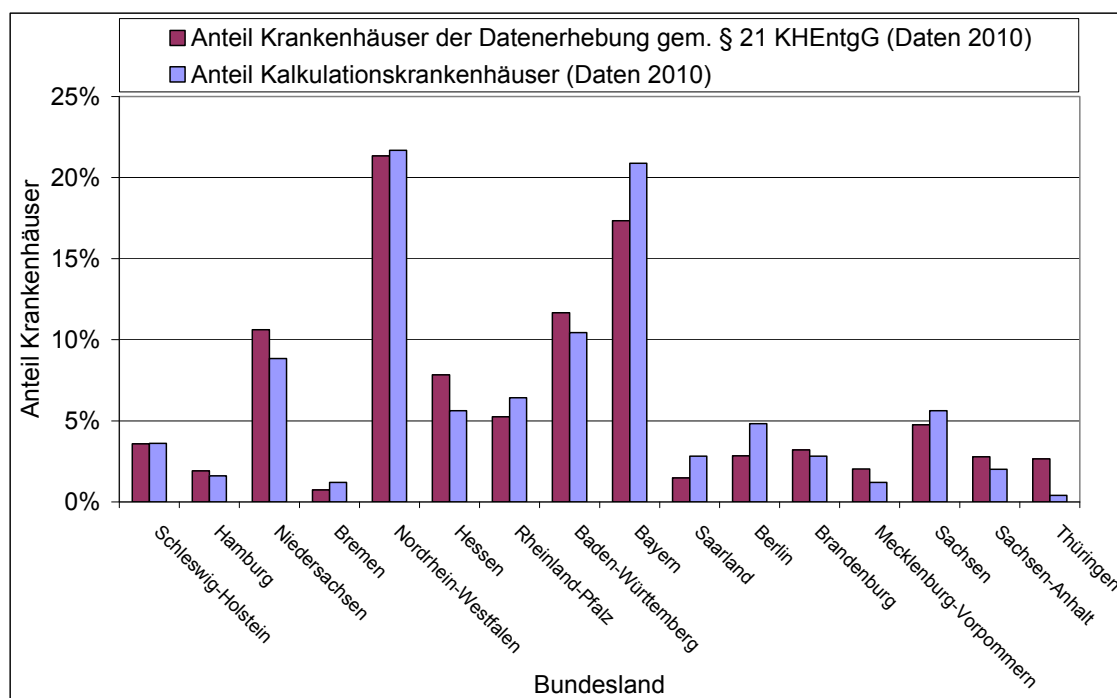


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

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. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser (häufig Krankenhäuser der Maximalversorgung und zehn Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

In allen Bettengrößenklassen sind im Vergleich zum Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser zu verzeichnen.

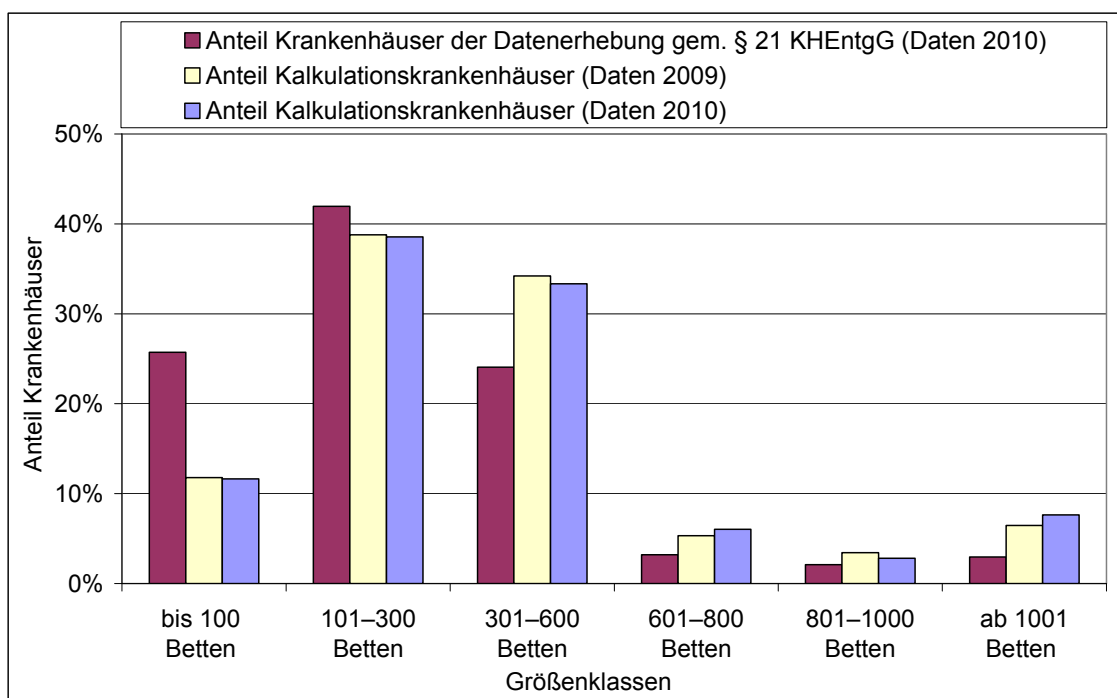


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Auch hier sind im Vergleich der beiden Datenjahre 2009 und 2010 keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser erkennbar.

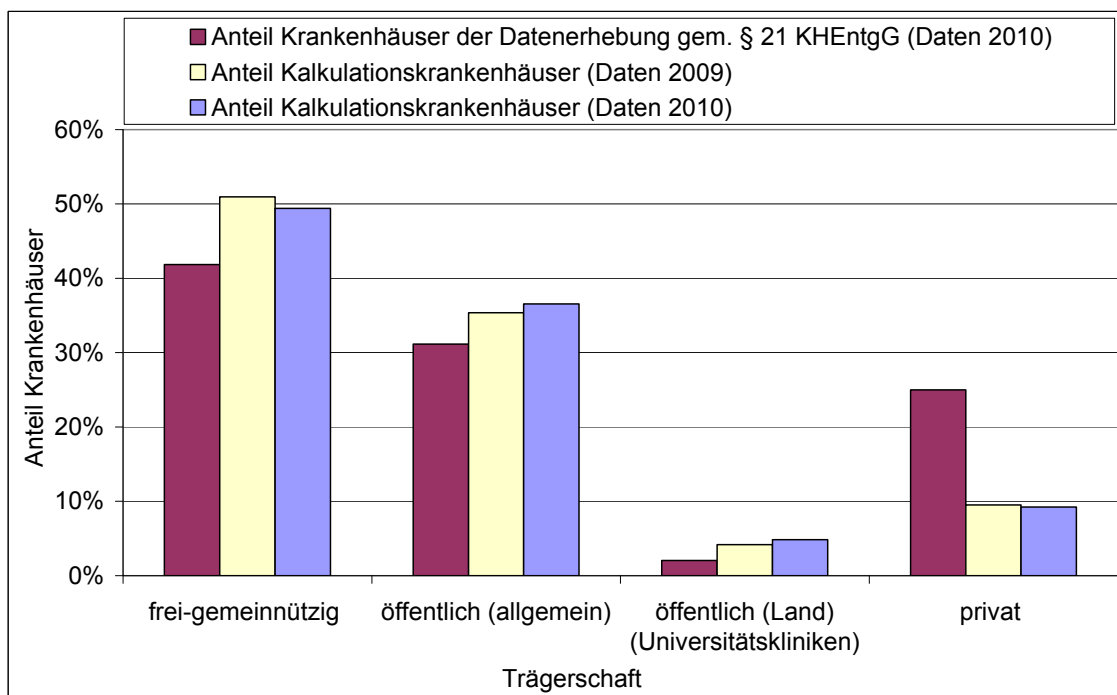


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der Datenstelle 0,8%. Damit ist die Fehlerquote erneut auf sehr niedrigem Niveau.

Die Datenstelle hat dem InEK Daten zu insgesamt 4.684.060 Fällen der Kalkulationskrankenhäuser bereitgestellt.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten: 1,1%; Kostendaten ohne Leistungsdaten: 0,3%) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung: 8,7%; Fälle der Psychiatrie und Psychosomatik bzw. Psychotherapie, die mit Entgeltbereich „DRG“ übermittelt wurden: 0,00002%; Begleitpersonen: 3,4%) wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die insgesamt bereitgestellten Fälle für den Entgeltbereich „DRG“.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 3,1 Prozeduren (bei maximal möglichen 100 Prozedurenangaben je Fall) und 4,5 Nebendiagnosen (bei maximal möglichen 49 Nebendiagnosenangaben je Fall) auf. Die Kostendaten wiesen je Fall im Durchschnitt 24,7 verschiedene Kostenmodule aus.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.466.493 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 4.466.493 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,3	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,9	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,1	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,7	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	1,2	Bereinigung Sachkosten bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,5	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 4.466.493 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“)

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 3.359.492 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK vier Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 63.139 Kalkulationsdatensätze (1,4% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 24,8% der 4.466.493 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	4.222.929	3.168.548
Belegärztliche Versorgung	88.279	64.534
Teilstationäre Versorgung	155.285	126.410
Gesamt	4.466.493	3.359.492

Tabelle 6: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten, Entgeltbereich „DRG“) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Basis: Datenjahr 2010

Die folgende Abbildung 4 zeigt, dass im Vergleich zur Datenerhebung des Vorjahres der Anteil plausibler Fälle insgesamt mit 75% 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, leicht gesunken ist (zwei Krankenhäuser weniger).

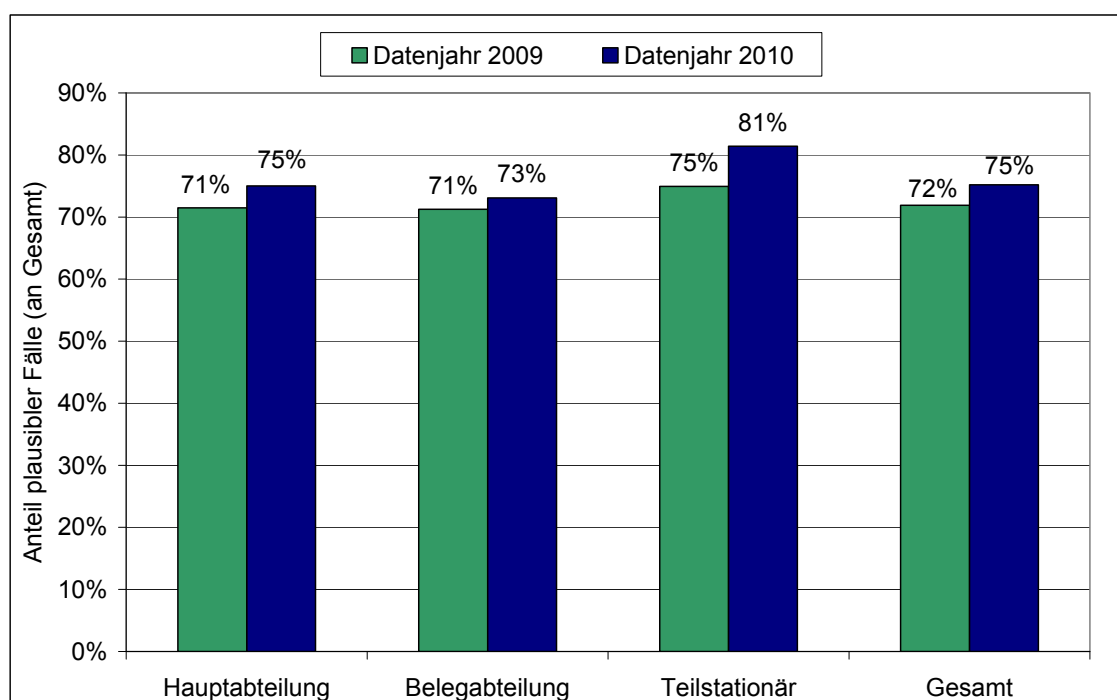


Abbildung 4: Anteil plausibler Fälle in den Datenerhebungen 2009 und 2010

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die 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 ermöglicht die ergänzende Datenbereitstellung in Einzelfällen ein Verkürzen der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2011 und dem OPS Version 2011 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2010 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2012 oder – nach Einführung neuer Codes für 2012 – erst im Jahr 2013 berücksichtigt werden können. Somit kann sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich verkürzen. 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 ei-

nen 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:

■ Leistungsdaten

Im Rahmen der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich war bei Medikamentengabe die verabreichte Dosis anzugeben. Insgesamt haben 234 Kalkulationskrankenhäuser 219.282 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 7:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventionellen Verfahren	28	919
Falldaten zu Neurostimulatoren	61	1.219
Falldaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	31	2.182
Falldaten zu Blutprodukten	215	50.815
Falldaten zu Medikamenten	231	151.999
Falldaten zur Dialyse	143	12.148

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

■ Kostendaten

Kostendaten wurden leistungs- und fallbezogen zum einen für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten benötigt, da deren Kosten in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Zum anderen wurden leistungs- und fallbezogen Kostendaten für eine begrenzte Anzahl von Verfahren (Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators bzw. minimalinvasive Operationen an Herzklappen) abgefragt, um spezielle Informationen zu erhalten, die über die Angaben des Regeldatensatzes hinausgehen. Der Umfang der ergänzend bereitgestellten Kostendaten ist in Tabelle 8 dargestellt.

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	215	50.769
Kostendaten zu Medikamenten	230	151.701
Kostendaten zu Neurostimulatoren	60	1.207
Kostendaten zu minimalinvasiven Operationen an Herzklappen	31	2.171

Tabelle 8: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (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 2011 bzw. OPS Version 2011 konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012“ (Vorschlagsverfahren für 2012) wurde am 30. November 2010 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. 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 13. Mai 2011 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren 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 höher als im Vorjahr. Insgesamt sind 179 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 95 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 84 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich in etwa 465 Vorschläge. Dazu kamen ca. 100 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren, typi-

scherweise weil die beschriebenen Leistungen erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2010 zweifelsfrei identifizierbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Unfallchirurgie/Orthopädie, Kardiologie/Herz- und Gefäßchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Urologie ein. 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 Aufwands. 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 2011 hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2012 war die Mehrzahl 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 2011) 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**

Die in den Vorjahren entwickelte Methodik zur Überarbeitung der CCL-Matrix wurde in diesem Jahr weiter verfeinert. Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen bzw. aufgewertet sowie aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet.

Zudem wurden isolierte Änderungen der CC-Ausschlussliste geprüft und teilweise umgesetzt, was eine sehr präzise – wenn auch sehr aufwendig zu simulierende – Methode zur weiteren Verbesserung des PCCL-Schweregradsystems darstellt. Insgesamt konzentrierte sich die Untersuchung auf häufig kodierte, streitbefangene und vermeintlich aufwendige bzw. nicht aufwendige Diagnosen. Auf die Überarbeitung 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 2012 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2013 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2011 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2010 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- **Duplikate**

Wie in den Vorjahren wurden einige Vorschläge 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 2012 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 2011 abwichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.
- **Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen**

Wie bereits 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 2012 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2012) 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 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 30% 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 erheblich höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge, nämlich bei insgesamt 4.288 Änderungsversionen (ohne CCL-Matrix-Berechnungen).

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 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 steht dabei im Mittelpunkt der Analyse.

Zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK wurde eine intensive Kommunikation gepflegt. Die Krankenhäuser erhielten einen detaillierten fallbezogenen Bericht über das Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen und ergänzend die Ergebnisse der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Auf Grundlage der Reporte haben die Krankenhäuser 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, krankenhausindividuelle Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Dabei wurden teilweise Kalkulationsergebnisse erzielt, die einer handbuchkonformen Umsetzung entsprachen, aber innerhalb der modularen Darstellung der Kostenmatrix auffällig waren. Bei zu großen Abweichungen innerhalb der modularen Struktur wurden die Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen basieren teilweise auf den zusätzlichen krankenhausindividuellen Informationen zur Kalkulationsgrundlage, die einen integralen Bestandteil der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK zur Beurteilung der Integrität der Krankenhaus-Gesamtdaten darstellen. Dazu gehörten u.a.

- die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle,
- Angaben zur Kodierung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS),
- 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).

Die Kalkulationskrankenhäuser lieferten unverändert fallindividuelle Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie an das InEK. Dabei mussten je durchgeführter Leistung die für die Kalkulation verwendeten Leistungsdaten getrennt für den ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst übermittelt werden. Um die krankenhausindividuellen Strukturen insbesondere im Hinblick auf den Einsatz von Belegärzten mit Honorarvertrag (§ 121 Abs. 5 SGB V) besser zu erfassen, musste die Beteiligung externer Ärzte bei operativen bzw. anästhesiologischen Leistungen zusätzlich angegeben werden.

Die Leistungsdaten stehen in einem engen Zusammenhang zu den Kalkulationsergebnissen im Kalkulationsdatensatz. Daher wurde auf Fallebene geprüft, ob sich die angegebenen Leistungsdaten entsprechend in den Kalkulationsdaten widerspiegeln und die ausgewiesenen Kostensätze der Höhe nach plausibel sind. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report an die Kalkulationsteilnehmer übermittelt.

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 in diesen Kostenstellengruppen geleistet.

Inhaltliche Konformität

Die inhaltliche Konformitätsprüfung stellte die Konsistenz zwischen kalkulierten Fallkosten und dokumentiertem Behandlungsaufwand sicher. Hierzu wurden bestehende Prüfungen verfeinert und zusätzliche Prüfungen entwickelt, die abstrahierend vom Einzelfall systematische Auffälligkeiten eines Kalkulationskrankenhauses aufdecken sollten.

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.

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. Ein Prüfungsschwerpunkt lag 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 krankenhausespezifische 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.

Prüfungen auf Fallebene

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitätsprüfungen wurde der Leistungsbezug durch OPS-basierte Prüfungen erneut gestärkt und in den für die Weiterentwicklung relevanten Bereichen in Ausmaß und Sensibilität ausgebaut. Hauptaugenmerk der fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen ist die Konsistenz zwischen der medizinischen Dokumentation einerseits und dem (ökonomischen) Kalkulationsergebnis andererseits.

Die fallbezogene Plausibilisierung der Personalkosten für den Ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst in OP und Anästhesie wurde weiter verfeinert und die verschiedenen dem InEK vorliegenden 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).

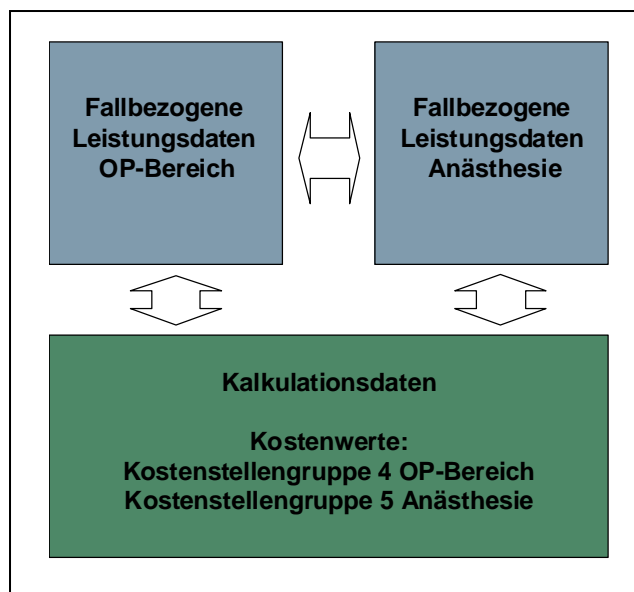


Abbildung 5: Prüfungszusammenhang zwischen fallbezogenen Leistungsdaten OP/Anästhesie und Kostendaten

Wenn ein nach Datenlage unkomplizierter Fall (z.B. eine Entfernung der Gallenblase ohne weitere kodierte Leistung und ohne komplizierende Nebendiagnosen) definierte Obergrenzen deutlich überschreitet, führte dies zur Rückfrage beim Kalkulationskrankenhaus. So konnte häufig eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache der auffälligen Kostenzuordnung erkannt und korrigiert werden. Durch zusätzliche Analysen konnten „Extremfälle“ (beispielsweise auffällig kurze bzw. besonders lange Schnitt-Naht-Zeit oder Anästhesiologiezeit) als Dokumentationsfehler identifiziert werden. Die Qualität der Kalkulationsdaten in den Bereichen OP und Anästhesie wurde durch die Verfeinerung der 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. 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.

Im Leistungsbereich „Endoskopie“ konnte im Datenjahr 2010 die Einzelkostenzuordnung deutlich verbessert werden. Gleichzeitig mit dem stufenweisen Ausbau der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen hat die Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) in einem begleitenden Projekt die Kalkulationskrankenhäuser für die Verbesserung der Einzelkostenzuordnung zusätzlich sensibilisiert. Im Ergebnis ergaben sich deutlich höhere Einzelkosten für medizinischen Sachbedarf in der Kostenstellengruppe „Endoskopie“. Im Gegenzug zur Anhebung der Einzelkosten gingen die korrespondierenden Gemeinkosten des medizinischen Sachbedarfs der endoskopischen Leistungen zurück. Insgesamt wurde dadurch die Abbildungsgenauigkeit deutlich erhöht, da komplexe endoskopische Leistungen mit hohem Sachmittelbedarf im Vergleich zu Leistungen mit geringerem Sachmittelbedarf in den Kostenarten des medizinischen Sachbedarfs aufgewertet wurden.

Die Plausibilisierung der Kosten in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) wurde in diesem Jahr für die mit einem OPS-Komplexcode kodierbaren Leistungen verbessert. Dabei wurde auf das Vorliegen von

Mindestkosten bei Angabe entsprechender OPS-Kodes (z.B. multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems, Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie) unter Berücksichtigung der in den OPS-Kodes definierten Leistungen und Leistungsmengen geprüft. Dabei standen die Leistungen im Fokus, die in Kostenstellen erbracht werden, die nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs zwingend in Kostenstellengruppe 11 auszuweisen sind.

Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS)

Gemäß § 4 Abs. 10 KHEntgG wurde das InEK beauftragt, die durch das Pflegesonderprogramm bereitgestellten Mittel für die Neueinstellung oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen von Pflegepersonal zielgerichtet den Bereichen zuzuordnen, „die einen erhöhten pflegerischen Aufwand aufweisen.“ Diese Aufgabe kann nur erfüllt werden, wenn einerseits die pflegeaufwendigen Patienten mit Hilfe ihrer Kodierung identifiziert werden können und andererseits die Kostenkalkulation für die Verteilung der Personalkosten des Pflegedienstes auf der Normalstation Möglichkeiten bietet, den pflegeaufwendigen Patienten die entsprechenden Kosten zuzuweisen. Im Rahmen des Pflegegipfels 2009 wurden Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der gesetzlichen Aufgabenstellung im Sinne von Vorgaben beschlossen. Die erforderliche Pflegedokumentation sollte sich an gegebenen Strukturen orientieren und „aus der bestehenden täglichen Pflegedokumentation entnommen oder abgeleitet werden können“ (Handlungsempfehlung der AG2 des Pflegegipfels). Die zu entwickelnde Dokumentation sollte einer Mengenausweitung der Kodierung vorbeugen. Und schließlich sollte die DRG-Kalkulation geschärft werden, um die sachgerechte Abbildung der pflegeaufwendigen Patienten zu verbessern.

In Form eines integrativen Gesamtkonzeptes wurde für das Datenjahr 2010 sowohl eine Pflegedokumentation im amtlichen Schlüssel des OPS in Form eines Pflegekomplexmaßnahmen-Score etabliert als auch die Kalkulationsvorschrift für die Zuordnung der Personalkosten des Pflegedienstes auf der Normalstation im Zuge der Kostenträgerrechnung angepasst. Mit Anlage 11 wurde eine Kalkulations-PPR vorgegeben, die neben der bereits bestehenden 9-Felder-Matrix eine weitere Zeile mit Pflegeminuten enthält. Nach den Vorgaben zur Kalkulations-PPR werden Patienten mit einer tagesbezogenen PPR-Pflege-Einstufung von A3 und mit für den PKMS erfassten Score-Werten von sechs oder mehr Punkten kalkulatorisch erhöhte PPR-Werte der Stufe A4 zugewiesen. Das bedeutet, dass ein Patient, der in der täglichen Pflegeeinstufung nach der PPR beispielsweise eine Einstufung von A3S2 erhielt und aus dessen Pflegedokumentation gleichzeitig entnommen werden kann, dass nach den Vorgaben des PKMS-Kodes sechs Punkte erreicht werden, kalkulatorisch der Stufe A4S2 zugeordnet wird. Die Bewertung der PPR-Werte für die Stufe A4 folgte dabei der grundsätzlichen Methodik, nach der die PPR-Werte für die bestehende 9-Felder-Matrix ermittelt wurden, unter Berücksichtigung der dem PKMS-Kode hinterlegten kalkulatorischen Minutenwerte (im PKMS entspricht ein Punkt in etwa 30 Pflegeminuten). Die Anpassung der Kalkulationsvorschriften war nur für die Kostenstellengruppe „Normalstation“ erforderlich, da die Erfassung des PKMS ausschließlich für der Kostenstellengruppe „Normalstation“ zugeordnete Stationen erfolgt.

Für das Datenjahr 2010 wurden gleichzeitig mit der Umstellung der Kalkulationsvorgaben die entsprechenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen angepasst. Auf der Krankensebene wurde dabei zunächst geprüft, für wie viele Patienten das Kalkulationskrankenhaus einen OPS-Kode aus dem Bereich des PKMS dokumentiert hatte. Gleichzeitig wurde geprüft, ob die kodierten Patienten auch durchschnittlich höhere Personalkosten für den Pflegedienst auf Normalstation aufwiesen. Bei Auffälligkeiten hinsichtlich der Dokumentationsquote oder einer geringen Personalkostendifferenz wurde das Krankenhaus kontaktiert. Auf der Fallebene wurde versucht, anhand der

medizinischen Dokumentation Anhaltspunkte für einen möglicherweise fehlenden PKMS-Kode zu identifizieren. Kalkulationskrankenhäuser wurden gebeten, für diese Patienten die Kodierung zu überprüfen.

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. Beispielhaft zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Prozeduren für hochaufwendige Pflege für Patienten, die 2010 in den OPS aufgenommen wurden und bisher noch keine Gruppierungsrelevanz besaßen. Die korrekte Anwendung dieser Codes z.B. hinsichtlich der Tatsache, dass nur ein Kode aus diesem Bereich pro stationärem Aufenthalt anzugeben ist, wurde durch neue medizinische Plausibilitätsprüfungen überprüft. Prinzipiell wurden auch alle bestehenden Prüfungen auf ihre Relevanz im Gruppierungsalgorithmus überprüft und – falls erforderlich – gestrichen bzw. angepasst.

In den letzten Jahren hat vor allem der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen, zunehmend an Bedeutung gewonnen. 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.

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für die DRGs mit belegärztlicher Versorgung wurde die Methodik 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 2012 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen vorgenommen.

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.

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 dies auf das Kalkulationsergebnis der jeweiligen DRG hatte. Konnte durch die Verletzung der Kalkulationsbedingung keine Beeinflussung des Kalkulationsergebnisses festgestellt werden, wurde eine eigenständige Kalkulation auf Basis der übermittelten und plausibilisierten Datensätze durchgeführt. Die Individualanalysen klassifizierten in diesem Jahr lediglich zwei weitere DRGs als eigenständig kalkulierbar (C07B, I45A).

Mit 51.913 Datensätzen wurden somit 78 DRGs eigenständig kalkuliert. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Die Datenbasis ist bei leicht gestiegenem Homogenitätskoeffizienten geringfügig gesunken. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs ähnlich wie im Vorjahr knapp 67% 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 29,1% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	1	146
Über 10% bis 20%	17	521
Über 20% bis 30%	23	97
Über 30% bis 40%	29	0
Über 40% bis 50%	8	0
Mittelwert (ungew.)	29,1%	14,0%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

Wie im Vorjahr traten bei einigen „impliziten“ Ein-Belegungstag-DRGs 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 auch in diesem Jahr 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 beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 479 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (136 DRGs mit Zuschlag, 343 DRGs mit Abschlag). 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 14,0% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9). Bei 34% 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 224 Mal abgesenkt und 62 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 65 Mal abgesenkt und 12 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	479
Nur Abzug Arztkosten	287
Eigenständig kalkulierte DRGs	78
Gesamt	844

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 304 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 13 verringert (Vorjahr: 857 DRGs). Für die gesamte MDC 18A HIV konnten auch in diesem Jahr keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung gefunden werden, sodass diese MDC weiterhin nicht 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

Die Bewertungsrelationen der genannten Versorgungsformen wurden sowohl bei den eigenständig kalkulierten DRGs als auch bei den normativ-analytisch abgeleiteten DRGs unverändert ausschließlich durch Abzug der jeweils relevanten Kostenmodule ermittelt.

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs übermitteln die Krankenhäuser abweichend von der bisherigen Praxis wegen der Angleichung der Vorgaben der tagesbezogenen Kalkulation im Bereich der Psychiatrie und der teilstationären somatischen Behandlung die Leistungsdaten auf Fallebene und die Kostendaten für jeden einzelnen teilstationären Behandlungstag.

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 unveränderten Kalkulationsbedingungen wurden die einzelnen Behandlungstage teilstationärer Leistungen mit Fokus auf die Leistungsabbildung analysiert. 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 2010 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass keine Bewertung der beiden Fallpauschalen vorgenommen werden konnte. Die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen wird 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 Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) sowie die L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* konnten wegen Verletzung der Kalkulationsbedingungen nicht bewertet werden. Damit musste die L90B vom bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs in den unbewerteten Teil verschoben werden. Die mittleren Kosten für die teilstationären DRGs L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* werden in Tabelle 11 für insgesamt 143.167 Datensätze der L90C in modularer Struktur dargestellt. In Tabelle 12 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in Tabelle 13 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€) L90C
Ärztlicher Dienst	1	30,15
Pflegedienst	2	82,04
Med.-technischer Dienst	3	5,84
Arzneimittel	4a	14,67
Arzneimittel Einzelkosten	4b	3,18
Implantate/Transplantate	5	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	42,84
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	7,14
Med. Infrastruktur	7	18,39
Nicht med. Infrastruktur	8	42,40
Gesamt		246,70

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2010

Kode	Hauptdiagnose	Anzahl
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5	4.667
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	1.665
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4	149
N18.9	Chronische Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet	115

Tabelle 12: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2010

Kode	Prozedur	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	6.017
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	971
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	444
8-800.c0	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE	194
8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	112

Tabelle 13: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Basis: Datenjahr 2010

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 wurden erneut zahlreiche Vorschläge eingereicht, die sich auf eine veränderte Abbildung von Diagnosen in der PCCL-Systematik bezogen. Die Vorschläge betrafen sowohl die Aufnahme bzw. Aufwertung von Einzeldiagnosen oder Diagnosegruppen als auch die Streichung bzw. Abwertung von Diagnosen in der CCL-Matrix.

Als Ausgangspunkt der diesjährigen Überprüfungen der CC-Relevanz von Diagnosekodes dienten diese Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren, die durch umfangreiche eigene Analysen ergänzt wurden. Hinsichtlich der Auswahl der zu untersuchenden Diagnose-Kodes wurden primär sowohl die bereits CC-relevanten als auch die nicht CC-relevanten Diagnosen auf die Beschreibung von Aufwandsunterschieden überprüft. Der Fokus bei der Identifizierung von Diagnosen lag auf häufig kodierten, streitbefangenen und vermeintlich aufwendigen bzw. nicht aufwendigen Kodes. Jede einzelne Veränderung in der CCL-Matrix kann eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs sowie teilweise bedingt durch die Abfragereihenfolge auch in nicht PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben. Demnach ist die Auswirkung jeder einzelnen Veränderung in der CCL-Matrix auf das Gesamtsystem immens.

Die zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen in den letzten Jahren entwickelte Methodik kam auch für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 zur Anwendung. Analog zur Vorgehensweise der vorangegangenen Jahre wurde die veränderte Abbildung von Diagnosen auf Grundlage der bestehenden G-DRG-Version 2010/2011 („teilweise gesplittete Version“) und der durchgängig nach PCCL > 3, PCCL > 2 und PCCL ≤ 2 gesplitteten Version (ausgenommen MDC 15) untersucht („komplett gesplittete Version“). 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. Des Weiteren erforderte eine Veränderung der CCL-Matrix in der Regel einen positiven R²-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.

Dank der ausgeweiteten Automatisierung des Rechenprozesses wurden dieses Jahr ca. 120 Diagnosen aus dem Vorschlags- und Anfrageverfahren 2012 sowie über 200 Diagnosecodes im Rahmen eigener Analysen hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Damit ergaben sich bei jeweils etwa 230 Einzelrechnungen pro Diagnosecode insgesamt rund 75.000 Einzelrechnungen. Multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen wurden simuliert, einige davon wurden umgesetzt.

Insgesamt 42 Diagnosecodes wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Dazu gehörten 14 einzelne, bisher nicht CC-relevante Diagnosen aus folgenden Bereichen:

- C40.- *Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten*
- C41.- *Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen*

Ebenso wurde, den Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren folgend, E88.3 *Tumorlyse-Syndrom* neu in die CCL-Matrix aufgenommen. Bei der Neuaufnahme von Diagnosen in die CCL-Matrix wurde bezüglich der Festlegung der Einträge in der Exklusionsliste wie in den letzten Jahren das bewährte Konzept eines „Paten“ gewählt. Des Weiteren wurden zwei Diagnosen einer höher bewerteten Zeile zugewiesen, um auf diese Weise eine aufwandsgerecht gewichtete Abbildung der Codes zu gewährleisten. Dies betrifft die Codes A04.7 *Enterokolitis durch Clostridium difficile* sowie A08.1 *Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]*.

Insgesamt wurden 36 Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen und 6 Diagnosen abgewertet. Nach Prüfung von Codes, die eine Komplikation eines medizinischen Eingriffs betreffen, kam es zu einer Streichung oder Abwertung von insgesamt 15 Codes, um eine aufwandsgerecht gewichtete Abbildung des Codebereichs zu gewährleisten (vgl. auch Kap. 3.3.2.24). Gestrichen wurden beispielsweise die Codes:

- T80.1 *Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert*
- T88.4 *Misslungene oder schwierige Intubation*

Während die Codebereiche für Dekubitus zweiten und höheren Grades klar zu einer Kostentrennung beitrugen und infolgedessen weiterhin in der CCL-Matrix Berücksichtigung fanden, zeigten die diesjährigen Analysen, dass die Codebereiche L89.0 *Dekubitus ersten Grades* bzw. L89.9 *Dekubitus und Druckzone, Grad nicht näher bezeichnet* zu keiner signifikanten Kostentrennung führten, sodass sie als Schweregrad steigernde Diagnose aus der CCL-Matrix gestrichen werden konnten. Ebenso zeigte sich für den Code E87.6 *Hypokaliämie* in den Kalkulationsdaten eine weiter sinkende Eignung als Kostentrenner, sodass eine weitere Abwertung vorgenommen wurde. Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2012 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang.

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 1.193 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	189	16
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	247	21
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	148	12
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	565	47
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	44	4
Gesamt	1.193	100

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2012

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 97 Tagen von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch mehr als jeder vierte Patient dieser DRG ein Überlieger aus dem Vorjahr ist. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern folglich noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Kodes (von 2009 auf 2010) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Kodes aus 2009 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Kodes der Fall 2010 verschlüsselt würde.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Kodes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2009 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2010 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 Kodes aus 2009 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

Die Bezugsgröße wird nach unveränderter Methodik so bestimmt, dass auf der nationalen Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland“) bei identischer Datenbasis konstant bleibt. Die effektive Bewertungsrelation eines Behandlungsfalles ergibt sich aus seiner Gruppierung 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.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2011 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2010 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 18.559.432. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2012 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 18.558.089. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt exakt 1.343. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2012 beträgt dann 2.687,16 €.

Zur Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden die Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2010 herangezogen. Sowohl durch die Aufnahme neuer Leistungen in den Zusatzentgelte-Katalog als auch durch Anpassungen bereits bestehender Zusatzentgelte (gestrichene Dosisklassen bei bewerteten Zusatzentgelten) verändern sich die Erlössummen der Krankenhäuser. Aufgrund des Vollkostenansatzes wurden in der Kalkulationsstichprobe analog die mit den Zusatzentgelten verbundenen Kosten hinein- bzw. herausgerechnet. Der damit verbundene Gesamteinfluss auf die

Summe der effektiven Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2012 konnte für die nationale Ebene mit einer Gesamtsumme in Höhe von 1.343 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt werden.

Für die neuen Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege war bei der Berechnung der Bezugsgröße keine Differenz im nationalen Case-Mix-Volumen erforderlich, da der Berechnung der Zusatzentgelte keine Verschiebung von Kostenanteilen zwischen Fallpauschalen-Katalog und Zusatzentgelte-Katalog zugrunde liegt. Bei der Zusatzentgeltberechnung werden die Kosten der mit dem Zusatzentgelt typischerweise verbundenen Leistungen aus den Fallpauschalen herausgerechnet und der Berechnung der Zusatzentgelte zugeführt. Die zusatzentgeltrelevanten Kosten und Leistungen sind allerdings vor der Berechnung bereits in den Fallpauschalen vollständig enthalten. Bei den Zusatzentgelten für hochaufwendige Pflege stellt sich die Ausgangssituation anders dar. Aufgrund des Pflegesonderprogramms werden Pflegekräfte zusätzlich eingestellt bzw. Teilzeitstellen aufgestockt. Dadurch gelangen Kosten erstmals im Kalkulationsjahr in die Kostenbasis. Im gleichen Jahr werden Kosten anteilig zur Berechnung der Zusatzentgelte verwendet – eine Verschiebung von Kosten, die vor Ermittlung der Zusatzentgelte bereits in den Fallpauschalen enthalten waren, findet entsprechend nicht statt.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 Abdominalchirurgie

Im Bereich der Abdominalchirurgie ergaben sich im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 kaum Hinweise zu möglichen Kostentrennern. In einigen fallzahlstarken operativen Basis-DRGs (z.B. G18 *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr*) imponierten jedoch Fälle mit deutlich unterschiedlichem Aufwand, und komplexe Eingriffe waren unterbewertet.

Im Ergebnis wurde auf Basis eigener Analysen die Basis-DRG G18 im Vergleich zum Vorjahr bezüglich des komplexen Eingriffs weiter ausdifferenziert. Komplexe Eingriffe wie z.B. offen chirurgische Ileozökalresektionen, Bypass-Anastomosen des Darmes oder die Revision einer Anastomose wurden deutlich aufgewertet und werden ab 2012 der DRG G18A zugeordnet. Abgewertet in die DRG G18C wurden beispielsweise bestimmte Prozeduren für den Verschluss einer Fistel oder für laparoskopische Sigmaresektionen. Die folgende Abbildung 6 gibt einen schematischen Überblick über die Veränderungen in der Basis-DRG G18.

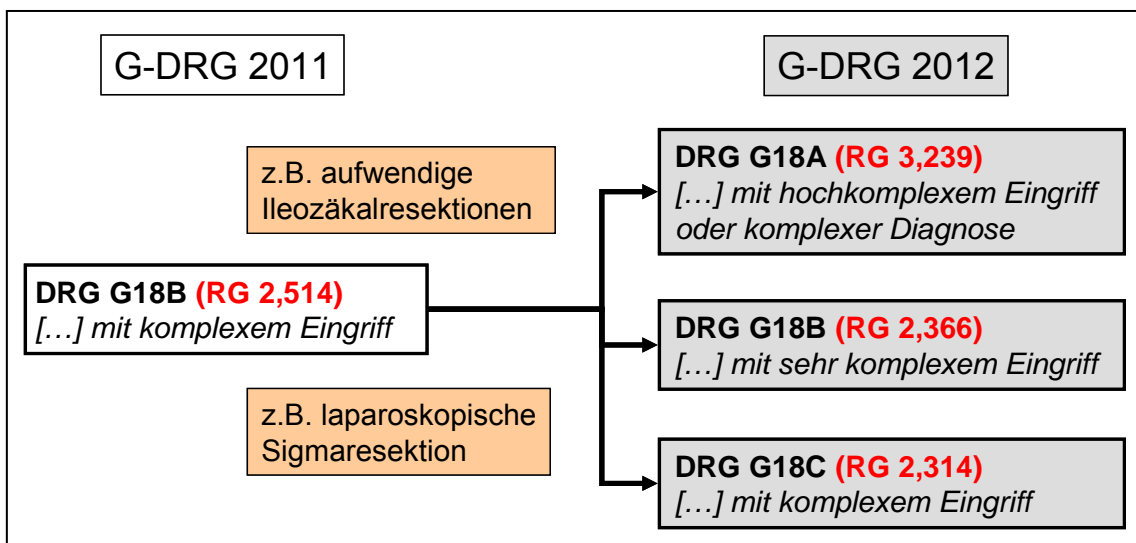


Abbildung 6: Umbau DRG G18B Eingriffe an Dünn- und Dickdarm [...]

Des Weiteren wurden die Definitionen verschiedener operativer DRGs mit Hilfe von Splits geschärft. Dies betrifft beispielsweise die DRG G02Z *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Stunden*, die anhand von Eingriffen bei angeborenen Fehlbildungen, Alter < 2 Jahre oder bestimmten komplexen Eingriffen am Darm differenziert wurde. Ebenso betroffen ist die DRG 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*. Hier werden Fälle mit plastischen Rekonstruktionen von Bauchwand und Peritoneum zukünftig der DRG G24A zugeordnet und damit aufgewertet.

Zudem fand bei einigen operativen DRGs auch eine Abwertung bestimmter wenig aufwendiger Eingriffe statt wie beispielsweise von lokalen Exzisionen am Rektum, die ab 2012 in die neu etablierte DRG G21C *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, [...], ohne komplexen Eingriff* statt G21B *Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, [...], mit komplexem Eingriff* eingruppiert werden. Ebenso zu nennen ist die Prozedur für die laparoskopische Adhäsiolyse. In Abhängigkeit davon, ob bei einem Fall zusätzlich noch eine Peritonitis oder äußerst schwere oder schwere CC vorliegen, wird diese Leistung in der G-DRG-Version 2012 den Basis-DRGs G07 [...] oder *laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC [...]*, G22 [...] oder *laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC* oder G23 [...] oder *laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC* zugeordnet. Zuvor waren die betroffenen Fälle noch in den Basis-DRGs G04 *Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit aus. schw. od. schw. CC [...]* sowie G21 abgebildet.

3.3.2.2 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Auch in diesem Jahr wurden aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2012 und eigener Analysen zahlreiche Veränderungen in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* vorgenommen.

Ausgehend von Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit komplexen Hauterkrankungen (z.B. Lyell-Syndrom) in der Basis-DRG J61 *Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag oder Hautulkus bei Para-/Tetraplegie oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag* überprüft. Im Ergebnis wurde die Splitbedingung der DRG 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 oder hochkomplexe Diagnose* um die Hauptdiagnosekodes für generalisierte Psoriasis pustulosa sowie SSS- bzw. Lyell-Syndrom mit Befall von mind. 30% der Körperoberfläche erweitert, was einer Aufwertung dieser Fälle entspricht.

Ebenfalls aufgrund eines Hinweises aus dem Strukturierten Dialog wurde die Erweiterung der Splitbedingung der DRG J11B *Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para-/Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose* um bestimmte Hauptdiagnosekodes umgesetzt. So werden in der G-DRG-Version 2012 u.a. Fälle mit Hidradenitis suppurativa, Psoriasis sowie sekundärer bösartiger Neubildung der Haut aufgewertet.

Basierend auf einem externen Vorschlag wurden die Hauptdiagnosen für das *Lymphödem, anderenorts nicht klassifiziert* sowie das *Lymphödem nach Mastektomie* im Sinne einer Aufwertung aus der Basis-DRG J67 *Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen* in die Basis-DRG J61 *Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag oder Hautulkus bei Para-/Tetraplegie oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag* verschoben.

Auch aufgrund von Änderungen im OPS Version 2012 wurden Umbauten für das G-DRG-System 2012 vorgenommen. So wurden die OPS-Kodes für die Operationen an der Mamma grundlegend überarbeitet. Außerdem muss die axilläre Lymphadenektomie ab 2012 immer gesondert kodiert werden. Mögliche Unschärfen im Gruppierungsalgorithmus, die durch diese umfangreichen Änderungen des OPS Version 2012 bedingt

sind, werden in den auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweisen zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ erläutert.

3.3.2.3 Erkrankungen der Harnorgane

Nachdem im Vorjahr eine differenzierte Berücksichtigung der Implantation adjustierbarer/nicht adjustierbarer Systeme bei Harninkontinenz nicht abschließend untersucht werden konnte, da die spezifischen Codes für diese Leistung erst im OPS Version 2010 etabliert wurden, wurde 2011 das ZE 90 *Adjustierbare Harnkontinenztherapie, Implantation* allein definiert durch den OPS-Code 5-596.70. Dieses Jahr standen dann auch die konkurrierenden, bisher nicht als ZE vergüteten Verfahren für eine Analyse zur Verfügung. Aufgrund vergleichbarer Kosten, insbesondere auch ähnlicher Implantatkosten, bei allen Verfahren erfolgte eine Erweiterung des Zusatzentgeltes mit Aufnahme der Codes als neues ZE 134 (siehe Tab. 15).

5-594.31	Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit alloplastischem Material: Adjustierbar
5-596.70	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation
5-596.73	Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Wechsel des Ballons
5-598.0	Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harninkontinenz des Mannes: Mit alloplastischem Material

Tabelle 15: Überblick der Harnkontinenztherapien für ZE 134

Im Rahmen umfassender Analysen für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 zeigten sich Fälle mit den Prozeduren für den Verschluss einer Blasenektrophie, einer seltenen angeborenen Fehlentwicklung der Bauchwand und somit nach außen hin offen liegender Harnblase in den DRGs L03Z *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, [...]*, L04A *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, [...]* und L10Z *Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff [...]* untervergütet. Da die relativ geringe Fallzahl keine Abbildung in einer eigenen, spezifischen DRG ermöglichte, wurden die Codes der beschriebenen Prozeduren in die Basis-DRG L02 *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters [...]* und in die Splitbedingung der DRG L02A [...], *Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie* aufgenommen, wodurch eine erhebliche Aufwertung dieser aufwendigen Fälle erreicht werden konnte.

In der Reste-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane* wurden weniger komplexe Fälle mit Eingriffen am Präputium wie z.B. Zirkumzision oder Frenulum- und Präputiumplastik durch Kodestreichung dieser Prozeduren aus der gemeinsamen Splitbedingung der DRGs L09A [...], *mit Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., [...]* und L09C [...], *außer Anlage eines Dialyseshunts, ohne Kalziphylaxie, [...], ohne kompl. OR-Prozedur, ohne kompl. Eingriff, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion* in die DRG L09D [...], *ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion* verschoben und damit abgewertet.

3.3.2.4 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane

Ausgehend vom Vorschlagsverfahren wurden im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 zahlreiche Änderungen untersucht. Im Bereich der Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane wurden beispielsweise die Codes der Prozeduren für mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie (mindestens 1 Tag und 2 Medikamente) in die Splitbedingung der DRG M60B *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie* aufgenommen. Daraus resultierte eine Fallverschiebung aus der DRG M60C [...], *ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie* in die DRG M60B im Sinne einer Aufwertung.

Ansonsten wurden weitere Detailumbauten durchgeführt, beispielhaft die aufwandsgerechte Abbildung von Fällen mit transurethraler Ausräumung einer Harnblasentampnade in die DRG M06Z *Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen*, die zuvor in der Fehler-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose [...]* abgebildet wurden.

3.3.2.5 Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane

Die im Jahr 2007 als DRG für „Extremkostenfälle“ etablierte DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* zeigte im Rahmen der Analysen für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 uneinheitlich aufwendige Fälle. Insbesondere Fälle mit bestimmten laparoskopischen Resektionen an Sigma und Rektum waren nicht so teuer wie die übrigen Fälle. Durch Zuordnung in die aufwandsadäquatere Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen od. bestimmte laparoskopische Resektion an Sigma u. Rektum* konnte eine sachgerechte Vergütung dieser Fälle erreicht und zugleich durch Schärfung der Definitionslogik der DRG N34Z ein Absinken des Relativgewichts der DRG verhindert werden.

Des Weiteren wurde die Prozedur für Laparoskopie mit Drainage als *andere Bauchoperationen* in die DRG N08Z *Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* aufgenommen. Dies führte zur Fallverschiebung in die DRG N08Z aus den DRGs N09B *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva*, N10Z *Diagnostische Küretage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation* sowie N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie* im Sinne einer Aufwertung und aus den Reste-DRGs N11A *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff* und N11B [...] *ohne bestimmten Eingriff* im Sinne einer Abwertung der Fälle. Aus der Basis-DRG N11 wurden außerdem auch Fälle mit den unspezifisch und uneinheitlich verschlüsselten Codes für andere plastische Rekonstruktion der Vagina durch Verschiebung in die DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* und für Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien durch Verschiebung in die DRG N25Z aufwandsgerecht abgebildet.

3.3.2.6 Extremkostenfälle

Auch in der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde die Problematik der sogenannten Extremkostenfälle analysiert. Bei der Umsetzung wurden wie in den Vorjahren eine Vielzahl von Anpassungen und Detaillösungen zur sachgerechten Abbildung der Fälle innerhalb des G-DRG-Systems vorgenommen. Eine Schlüsselfunktion kommt dabei der Identifikation und Kommentierung extrem teurer Patienten zu. Zum einen enthält der strukturierte Dialog Hinweise zu Extremkostenfällen, zum anderen wurde ein vom InEK eigens entwickeltes EDV-Tool in den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern eingesetzt. Insbesondere die freitextliche Kommentierung im EDV-Tool, die in dieser Form weder in den regulären noch in den ergänzenden Daten möglich ist, liefert wertvolle zusätzliche Hinweise zur Analyse hochteurer Fälle.

Die in den Vorjahren erarbeiteten Lösungsansätze zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden auch in diesem Jahr konsequent weiterverfolgt. So wurde neben den in den entsprechenden Kapiteln ausführlich beschriebenen Veränderungen eine Vielzahl von Detailveränderungen umgesetzt, die auf einer systematischen Prüfung seltener, aber extrem teurer Fälle beruhen. Bei den Fallverschiebungen wurde neben der sachgerechten Vergütung das Ziel verfolgt, die Systemkomplexität so gering wie möglich zu halten. Deshalb erfolgte, wenn die Fallzahlen der identifizierenden Extremkosten-Konstellationen für die Etablierung eigener DRGs zu gering waren, die Zuordnung zu bereits bestehenden kostenähnlichen DRGs.

Beispielhaft für die Verbesserung der Abbildung von Extremkostenfällen sei die pulmonale Endarteriektomie als Therapie der chronisch thrombembolischen pulmonalen Hypertonie genannt. Mit ca. 100 Fällen in Deutschland pro Jahr stellt dieses Verfahren eine seltene Leistung dar, die bislang in der DRG F05Z *Koronare Bypass-Operation [...] oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie* nicht für alle Fälle sachgerecht abgebildet wurde. Aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren zur Überprüfung der Abbildung der pulmonalen Endarteriektomie erfolgten umfangreiche Analysen, die durch die Tatsache erschwert wurden, dass mehrere Kliniken, die diese seltene Leistung in nennenswerter Fallzahl erbringen, nicht an der DRG-Kalkulation teilnehmen. Auf Basis der vorliegenden Daten konnte eine Aufnahme in die DRG F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie* umgesetzt werden, was einer Aufwertung in einem anhand der verfügbaren Informationen sicher vertretbaren Umfang entspricht. Es ist denkbar, dass auf einer breiteren Datengrundlage eine noch spezifischere Abbildung dieser extrem aufwendigen Leistung möglich wäre.

Des Weiteren zeigten sich Fälle mit Verschluss der angeborenen Fehlbildung einer Blasenekstrophie in der DRG L03Z *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung [...] nicht sachgerecht vergütet*, sodass sie in die höher bewertete DRG L02A *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters [...] oder Verschluss einer Blasenekstrophie* aufgenommen wurde.

Für das G-DRG-System 2012 wurden außerdem u.a. die folgenden Änderungen im Bereich der Extremkostenfälle umgesetzt:

- Aufwertung von Fällen mit Rohr- und Bifurkationsprothesen biliakal und bifemoral bei Aneurysma der Aorta thoracoabdominalis aus der DRG F08F *Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine [...] in die DRG F08A Rekonstruktive Gefäßeingriffe [...] mit komplexem Aorteneingriff*

- Aufwertung der stereotaktischen Biopsie an intrakraniellm Gewebe aus der Basis-DRG B09 *Andere Eingriffe am Schädel* in die Basis-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie [...]* und B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-OP [...]*
- Aufwertung der Fälle mit Sondenextraktion eines Schrittmachers oder Defibrillators in Verbindung mit dem Excimer-Laser. Anhand dieser Eingriffe werden zukünftig die DRGs F12C und F12E *Implantation eines Herzschrittmachers [...]* mit Sondenentfernung mittels Excimer-Laser gesplittet.

3.3.2.7 Frührehabilitation

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 gingen keine Vorschläge zum Themenbereich der neurologisch-neurochirurgischen bzw. fachübergreifenden Frührehabilitation ein.

Die verschiedenen Konstellationen der Frührehabilitation werden im G-DRG-System 2012 unverändert in 17 Frührehabilitations-DRGs, verteilt über 8 MDCs, abgebildet. Diese DRGs sind bis auf die Basis-DRG B42 *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage* 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 sachgerechten Abbildung der Fälle nicht.

Eine Weiterentwicklung der Abbildung der Frührehabilitation bzw. die Bewertung weiterer DRGs war auch in diesem Jahr nicht möglich, da aufgrund einer auf niedrigem Niveau stagnierenden Teilnahme der Fachkliniken an der Kalkulation diese in der Kalkulationsstichprobe deutlich unterrepräsentiert waren.

3.3.2.8 Gastroenterologie

Im Bereich der Gastroenterologie ergaben sich im Rahmen des Vorschlagsverfahrens und aufgrund interner Analysen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 Hinweise auf nicht sachgerecht abgebildete Fälle mit modularer Cholangioskopie in der DRG H41C *Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, ohne transgastrale Pankreaszystendrainage, oder andere ERCP*. Im Ergebnis wurde die Definition der DRG H41B *Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Eingriff* um die Prozeduren für die modulare Cholangioskopie der Gallenwege bzw. des Pankreasgangs ergänzt und diese Leistung damit aufgewertet. Darüber hinaus wurden in die DRG H41B Prozeduren für bestimmte endoskopische Operationen an den Gallengängen oder am Pankreasgang sowie für die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie von Steinen in Gallenblase und Pankreas aufgenommen. Dies bedeutet einerseits eine Aufwertung von Fällen aus der DRG H41C und andererseits von Fällen, die im Jahr 2011 noch in der konservativen Partition

z.B. der DRG 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* abgebildet wurden.

Sowohl aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren als auch aufgrund von eigenen Analysen wurde die Abbildung bestimmter schwerwiegender Verletzungen/Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes untersucht. Dies führte für 2012 zu einer Aufwertung von Fällen mit einer schweren Rissverletzung der Leber innerhalb der Basis-DRG H63 *Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden*. In der MDC 06 hingegen wird die Diagnose Ösophagusperforation zukünftig nicht mehr als „nicht schwere“, sondern als „schwere“ Erkrankung der Verdauungsorgane gewertet und damit zukünftig in der Basis-DRG G46 *Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane oder Gastroskopie bei nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 15 Jahre* abgebildet. Konkret aufgewertet wurden dadurch Fälle aus den DRGs 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, oder Ösophagusperforation* und G50Z *Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, [...] in die DRG 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*.

Im Bereich der Basis-DRG G67 *Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder gastrointestinale Blutung, ein Belegungstag oder Ulkuserkrankung, ohne äußerst schwere CC* wurden Codes der Prozeduren für bestimmte operative Eingriffe an Ösophagus und Magen wie z.B. Umstechung/Sklerosierung von Ösophagusvarizen oder Implantation/Wechsel einer selbstexpandierenden Prothese in die DRG G67A [...], *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. Ingr. aufgenommen*. Dies führte zu einer Aufwertung von Fällen aus den DRGs G67B [...], *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 Beleg.tag, oh. kompliz. Diag./Dial./kompl. Ingr. und G67D [...] ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dial./kompl. Ingr., 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* in die DRG G67A. Die DRGs G67B und G67C konnten daraufhin für das Jahr 2012 zur DRG G67B *Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder > 74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose* zusammengeführt werden. Im Vergleich zum Vorjahr führen damit jetzt zusätzlich die Kriterien chronische Para-/Tetraplegie, äußerst schwere CC oder Alter < 3 Jahre außer bei Gastrointestinaler Blutung und Ulkuserkrankung in die DRG G67B.

3.3.2.9 Geburtshilfe

Basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren wurden in diesem Jahr Fälle mit Sectio caesarea und kombinierten gynäkologischen Eingriffen eingehend untersucht. Bei Kodierung gemäß OPS wurde im DRG-System 2011 beispielsweise bei einer Kombination von Sectio caesarea mit einem Verschluss der Tubae uterinae [Sterilisationsoperation] unter Verwendung des entsprechenden Kombinationskodes die DRG O01H *Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose* angesteuert. Dagegen wurden bestimmte Fälle mit sekundärer Sectio caesarea (z.B. Misgav-Ladach-Sectio, sekundär) in Kombination mit einer offen chirurgischen, partiellen Salpingektomie in die DRG O01F [...] *oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen* gruppiert. Die beschriebene Fallkonstellation, die zu Kodierstreitigkeiten führen konnte, verdeutlichte das prinzipielle Problem, dass die Kombinationskodes im Codebereich für geburtshilfliche Operationen im Gegensatz zu den Codes für Sectio caesarea nicht in primär und sekundär differenziert waren. Basierend auf den Ergebnissen der Analyse entsprechender Fälle in den Kalkulationsdaten wurde im OPS Version 2012 der Codebereich 5-745 *Sectio caesarea kombiniert mit anderen gynäkologischen Eingriffen* gestrichen. Gynäkologische Eingriffe im Rahmen einer Sectio caesarea müssen ab der OPS-Version 2012 grundsätzlich gesondert kodiert werden.

Innerhalb der Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]* und O60 *Vaginale Entbindung [...]* wurde die Gruppierungslogik dahingehend geändert, dass in Zukunft bereits eine Diagnose aus der Tabelle für Multiple Sklerose, Epilepsie, Status Epilepticus in Kombination mit einer weiteren Diagnose die Splitbedingung „mehrere komplizierende Diagnosen“ erfüllt. Dadurch werden zukünftig Fälle aus den DRGs O01G und O01E in die DRGs O01F, D und E sowie von der DRG O60C in die DRG O60B aufgewertet.

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens erreichten uns zahlreiche inhaltsgleiche Vorschläge zur Stillberatung. Um die Kosten von stillbedingten Problemen beim Neugeborenen und der Mutter im DRG-System abzubilden, sollten bestimmte Diagnosen und Prozeduren für Stillprobleme aufgewertet werden, so z.B. Infektionen der Mamma, die Gewichtsabnahme beim Neugeborenen oder Basis-Patientenschulung. Die eingehende Untersuchung aller vorgeschlagenen Diagnosen und Prozeduren zeigte, dass entsprechende Fälle in den DRGs der MDC14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* und MDC15 *Neugeborene* sachgerecht vergütet sind.

3.3.2.10 Gefäßchirurgie

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit interventionell-radiologischen Gefäßeingriffen in jenen DRGs überprüft, die sowohl Fälle mit offen-chirurgischen (z.B. Endarteriektomie) als auch interventionell-radiologischen Eingriffen (z.B. perkutan-transluminale Ballon-Angioplastie) enthalten. Beispielhaft ist in diesem Zusammenhang die DRG 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* zu nennen.

Im Vorschlagsverfahren wurde beschrieben, dass insbesondere Kurzlieger mit interventionellen Gefäßeingriffen in diesen gemischten DRGs untervergütet sein könnten, da die entsprechenden Kosten für diese Leistungen der Kostenstelle Radiologie zugeordnet werden, die nicht in die Berechnung der Kosten der Hauptleistung einbezogen wird.

Die Kosten der Hauptleistung ergeben sich aus der Summe der Kostenwerte in den Kostenstellengruppen *OP-Bereich, Anästhesie, Kreißsaal, Kardiologische Diagnostik/Therapie* und *Endoskopische Diagnostik/Therapie* zuzüglich der Kostenwerte in den übrigen Kostenmodulen der Kostenartengruppe *Sachkosten Implantate/Transplantate*. Laut Regelwerk erfolgt die Berechnung der Abschläge bei Kurzliegern in einer DRG mit einer UGV > 2 Tage auf Basis der mittleren Kosten der Fallpauschale unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten der Hauptleistung. In DRGs mit einer UGV von 2 Tagen („implizite“ Ein-Belegungstag-DRGs) spielt die Zuordnung der Kosten zu Kostenstellengruppen (*OP-Bereich* oder *Kardiologische Diagnostik/Therapie* bzw. *Radiologie*) für die Abschlagsberechnung keine Rolle, da die Ist-Kosten der Fälle mit einem Belegungstag der Berechnung zugrunde gelegt werden.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 wurden alle DRGs, die hinsichtlich dieser Problematik im Vorschlagsverfahren genannt wurden (z.B. die Basis-DRGs F14 *Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe* und F59 *Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne komplizierende Diagnose, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äußerst schweren CC*), sowie weitere in Frage kommende DRGs (z.B. Basis-DRG B04 *Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen*) umfassend analysiert. Mehrere Varianten zur Abschlagsberechnung wurden dabei simuliert. Außerdem wurden DRG-Splits anhand der OPS-Kodes für offen-chirurgische bzw. interventionell-radiologische Eingriffe berechnet, die im Ergebnis allerdings zu einer sinkenden Gesamt- und Kurzliegervergütung für Fälle mit interventionellen Gefäßeingriffen führten.

Abschließend ist festzustellen, dass eine systematische Untervergütung der beschriebenen Fälle nicht vorliegt. Die geprüften Änderungen wären sogar durchweg mit einer Abwertung der interventionellen Verfahren verbunden gewesen, da sich gezeigt hat, dass der fehlende Radiologie-Anteil an der Hauptleistung durch die einbezogenen (durchschnittlichen) OP-Kosten der Fälle in einer DRG mehr als kompensiert wird. Somit ergibt sich keine Notwendigkeit für grundsätzliche Änderungen der Zu- und Abschlagsberechnung bzw. des Kalkulationshandbuchs.

Beispielhaft sind im Folgenden Veränderungen im Bereich der Gefäßchirurgie für die G-DRG-Version 2012 aufgeführt:

- Erweiterung der Splitbedingung der DRG F08A *Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma oder komplexem Aorteneingriff* um die Prozeduren für Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta thoracoabdominalis mit Rohrprothese bzw. iliakaler/bifemoraler Bifurkationsprothese bei Aneurysma im Sinne einer Aufwertung entsprechender Fälle
- Aufwertung von Fällen mit einer Prozedur für das Anlegen eines femorocruralen bzw. femoropetalen Bypasses innerhalb der Basis-DRG F08 *Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine*
- Aufwertung von Fällen mit bestimmter Aortenprothesenkombination (aortobiliakale Bifurkationsprothese ohne Fenestrierung/Seitenarm in Kombination mit iliakaler Rohrprothese mit Seitenarm) innerhalb der Basis-DRG F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta*

3.3.2.11 Geriatrie

Auch in diesem Jahr wurden aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2012 zum Themenbereich Geriatrie umfangreiche Analysen durchgeführt. Die Vorschläge hatten z.B. die Erweiterung der Funktion Geriatrie frührehabilitative Komplexbehandlung um Fälle mit mindestens 7 Behandlungstagen und 10 Therapieeinheiten zum Thema. Hier erbrachten die Untersuchungen, dass diese Fälle nicht teurer als Fälle ohne diese Prozedur sind. Weiterhin wurde beantragt, neue DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in den MDCs 03, 12, 13 und 18B bzw. für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur in der MDC 05 zu etablieren. Im Ergebnis wurde eine neue DRG T44Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten* etabliert. Darüber hinaus zeigte sich im Rahmen der Analysen, dass in den genannten MDCs nur eine geringe Anzahl von Fällen betroffen waren, die zudem sachgerecht abgebildet sind.

Bei nun 17 existierenden DRGs bei vollstationärer Versorgung in elf verschiedenen MDCs werden im G-DRG-System 2012 rund 95% der Fälle mit einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung von mehr als 14 Tagen (Daten gem. § 21 KHEntgG) in bewerteten Geriatrie-DRGs abgebildet.

3.3.2.12 Handchirurgie

Die in den vergangenen Jahren durchgeführte Umgestaltung 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 im Wesentlichen auf den Attributen:

- Komplexität des Eingriffs
- Mehrzeitiger Eingriff
- Komplexe Diagnosen (angeborene Fehlbildungen, rheumatische Erkrankungen, Pseudarthrose, Mehrfachfraktur)
- Alter (Kindersplits)
- Spezielle Komplexbehandlung der Hand (OPS-Kodes 8-988.-)

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2012 zeigten sich die in dieser DRG eingesetzten Definitionskriterien durchweg als weiterhin geeignet für eine aufwandsgerechte Eingruppierung. Ausgehend einerseits von Vorschlägen der Fachgesellschaften, andererseits von eigenen Analysen wurde angestrebt, die Sachgerechtigkeit der Abbildung innerhalb der Basis-DRG I32 im Detail noch weiter zu verbessern. Die Vorschläge bezogen sich beispielsweise auf beidseitige Eingriffe oder die *spezielle Komplexbehandlung der Hand von mindestens 7 Behandlungstagen*, Konstellationen, die sich auf Basis der Kalkulationsdaten als sachgerecht vergütet erwiesen. Umgesetzt wurden für 2012 hingegen folgende Änderungen:

- Aufwertung von Pseudarthrosen nach Fusion oder Arthrodeese (durch eine Gleichbehandlung mit entsprechenden Fällen mit der Diagnose für eine Pseudarthrose an der Hand)
- Kodestreichung bestimmter Prozeduren für wenig komplexe beidseitige Eingriffe an der Hand aus der Splitbedingung der DRG I32D. Die damit einhergehende Schärfung der Definitionskriterien hat eine verbesserte Vergütung der in dieser DRG verbleibenden Fälle zur Folge.

3.3.2.13 Hochaufwendige Pflege von Patienten

Die Abbildung von pflegerischen Leistungen allgemein, aber insbesondere von hochaufwendiger Pflege im G-DRG-System wird seit mehreren Jahren intensiv diskutiert. Im Fokus stand dabei sowohl eine fehlende Leistungsbeschreibung von Patienten mit sehr hohem Pflegeaufwand mittels ICD-10- bzw. OPS-Kodes als auch eine Schieflage bei der Leistungserbringung. Im Rahmen eines Pflegegipfels, der auf Einladung des Bundesministeriums für Gesundheit im Jahr 2009 stattfand, wurden von einer Expertengruppe „Handlungsempfehlungen zur genaueren Abbildung von pflegerisch hochaufwendigen Fällen im G-DRG-System“ erarbeitet. Dies beinhaltete auch die Entwicklung von Indikatoren in Form von Komplexkodes, die im G-DRG-System die Identifikation und damit auch die Abbildung von Fällen mit hochaufwendiger Pflege ermöglichen sollten. Einem Missbrauch dieser Codes sollte dabei durch trennscharfe Formulierungen vorgebeugt werden. Als Ergebnis konnten für die Version 2010 drei Codebereiche zur Abbildung von hochaufwendiger Pflege in den OPS aufgenommen werden:

- 9-200 *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen*
- 9-201 *Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen*
- 9-202 *Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern*

Die weitere Differenzierung dieser Codes erfolgt für jede Altersklasse anhand von Aufwandspunkten, wobei die untere Einstiegsschwelle bei 43 und die höchste erreichbare Klasse bei 362 und mehr Aufwandspunkten liegt. Zur Ermittlung der Aufwandspunkte wird der sogenannte Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) herangezogen. Dieser deckt grundsätzlich fünf Leistungsbereiche (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern/Mobilisation sowie Kommunizieren/Beschäftigen) ab, wobei für jeden Leistungsbereich eine festgelegte Anzahl von Punkten pro Tag gezählt wird, wenn bei einem Fall ein Grund für hochaufwendige Pflege in dem jeweiligen Leistungsbereich vorliegt und eine entsprechende Pflegeintervention durchgeführt wurde. Ausführliche Erläuterungen zur Anwendung des PKMS befinden sich im Anhang des OPS.

Erfahrungen aus der Anwendung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score im ersten Jahr der Gültigkeit haben für die Version 2011 des OPS zu vereinzelt Klarstellungen geführt. Zusätzlich wurde für die Version 2012 der PKMS in bestimmten Punkten an die Anforderungen der sehr spezialisierten Behandlung Querschnittverletzter angepasst. Dies schließt auch die Integration weiterer Leistungsbereiche z.B. für die Wundbehandlung für dieses Patientenklientel in Bezug auf die spezielle Pflege ein.

Wie oben erläutert, wurden die Prozedurenkodes für hochaufwendige Pflege in den OPS Version 2010 aufgenommen und mussten damit ab dem 01.01.2010 verschlüsselt werden, sofern diese Leistung erbracht wurde. Analysen, die diesbezüglich durchgeführt wurden, zeigten jedoch, dass nicht in allen Krankenhäusern, die hochaufwendige Pflege leisten, die Erfassung auch tatsächlich von Januar 2010 an erfolgt ist. In einigen Fällen wurde erst unterjährig mit der Kodierung der Prozeduren für hochaufwendige

Pflege begonnen, was die Abschätzung einer realistischen Fallzahl für 2012 deutlich erschwert.

Betrachtet man unter Berücksichtigung der Ersteinführung des OPS-Kodes den Anteil der kodierten Patienten an allen Patienten nur für das zweite Halbjahr 2010, ist festzustellen, dass in den Daten gem. § 21 KHEntgG etwa 0,21% aller Patienten einen PKMS-Kode tragen, in der Kalkulationsstichprobe hingegen etwa 0,48% aller Patienten. Da der Einstieg in die Kodierung in den einzelnen Krankenhäusern unterschiedlich erfolgt ist, muss ein realistischer Anteil der Patienten mit PKMS-Kode an allen Patienten anders abgeschätzt werden. Dazu wird für jedes Krankenhaus zunächst der Zeitraum bestimmt, von dem mit hoher Sicherheit angenommen werden kann, dass die Dokumentation des PKMS erfolgt ist. In einem zweiten Schritt werden die Patienten mit und ohne PKMS-Kode in den jeweiligen Zeiträumen gezählt und der nationale Anteil neu berechnet. Nach dieser Methodik ergibt sich für das Datenjahr 2010 eine realistische Einschätzung für den Anteil der Patienten mit PKMS-Kode an allen Patienten in Höhe von 0,8% bis 1,1%.

Die Fälle mit PKMS-Kode verteilen sich innerhalb des G-DRG-Systems auf über 900 DRG-Fallpauschalen. Wird die Betrachtung auf die DRG-Fallpauschalen eingeschränkt, die von mehr als 30 Fällen getroffen werden, verteilen sich die Fälle immer noch über 233 DRG-Fallpauschalen. Entsprechend wären für die Abbildung der PKMS-Fälle über 200 DRG-Fallpauschalen in das G-DRG-System zu integrieren. Unter Berücksichtigung der Kodierqualität eines neuen OPS-Kodes bei gleichzeitig fehlender Abrechnungsrelevanz des neuen Kodes im Einführungsjahr und der Tatsache der zahlreichen getroffenen Fallpauschalen kam nur die Abbildung der hochaufwendigen Pflege über Zusatzentgelte in Frage.

Für die Kalkulation standen 12.168 Fälle aus 178 Kalkulationshäusern zur Verfügung. Die Kalkulation erfolgte als gewichteter Mittelwert der Kostendeckungsdifferenz der Inlier mit kodiertem PKMS-Kode versus den der Inlier ohne PKMS-Kode. Zur Berechnung wurden alle Fallpauschalen herangezogen, die mindestens 14 Inlier (Erwachsene) bzw. mindestens 3 Inlier (Kleinkinder, Kinder, Jugendliche) mit PKMS-Kode aufwiesen. Die Gewichtung der Fallpauschalen erfolgte anhand der Fallzahlen in den Daten gem. § 21 KHEntgG. Im Ergebnis konnten zwei Zusatzentgelte berechnet werden. Im ersten Jahr der Anwendung ist die Zusatzentgelthöhe noch unabhängig vom Endsteller des OPS-Kodes, d.h. unabhängig davon, wie viele Score-Punkte der einzelne Patient tatsächlich erzielt hat. Das Zusatzentgelt ZE130 *Hochaufwendige Pflege bei Erwachsenen* wurde mit 1.290,93 € und das ZE 131 *Hochaufwendige Pflege bei Kindern und Jugendlichen und Hochaufwendige Pflege bei Kleinkindern* mit 2.805,80 € bewertet. Eine Differenzierung der PKMS-Kodes für Kinder und Jugendliche einerseits und Kleinkinder andererseits war aufgrund der Datenlage im Datenjahr 2010 nicht möglich. Auf Basis der vorliegenden Daten für das ZE 130 erscheint eine zukünftige Differenzierung in Abhängigkeit von den tatsächlich erreichten Score-Punkten für die hochaufwendige Pflege bei Erwachsenen möglich.

3.3.2.14 Intensivmedizin

Intensivmedizinische Leistungen waren in den vergangenen Jahren stets Thema umfangreicher Analysen. Hieraus resultierte sukzessive eine immer präzisere Abbildung der betroffenen Fälle. So fanden sich mehrere belastbare Attribute, die es ermöglichen, auch komplexe Sachverhalte differenziert abzubilden, wie z.B.

- aufwendige, intensivmedizinisch relevante Prozeduren und Funktionen,
- Beatmungsdauer,
- Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score), die in der *intensivmedizinischen Komplexbehandlung* Berücksichtigung finden,
- *intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter*,
- intensivmedizinisch bedeutsame Zusatzentgelte.

Für das G-DRG-System 2012 hat es im Bereich Intensivmedizin keinen systematischen Umbau gegeben. Die umfangreichsten Änderungen ergaben sich durch die Ergänzung der nach Aufwandspunkten differenzierten Intensivmedizin-DRGs für Erwachsene um die entsprechenden Punkteklassen für Kinder, was durch die Umstellung der Prozedurenkodes von Stunden in Aufwandspunkte möglich wurde. In diesem Jahr war es erstmals nach der Neustrukturierung der Codes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (8-98d) im OPS Version 2010 möglich, die entsprechenden Fälle in den Kalkulationsdaten zu untersuchen. Es wurde deutlich, dass sich die nach Punkten differenzierten Prozeduren im Vergleich zu ihren Vorgängerkodes deutlich besser als Kostentrenner eignen. Die bisherige Abbildung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter beschränkte sich auf die drei DRGs E40A, E77A und G01Z für Fälle mit mehr als 72 bzw. 120 Stunden.

Im Ergebnis war es nun aber möglich, alle intensivmedizinischen DRGs, die für Erwachsene nach Aufwandspunkten differenziert sind, im G-DRG-System 2012 um die entsprechenden Punkteklassen für Kinder zu ergänzen. Dies bedeutet eine erhebliche Aufwertung von Kindern mit aufwendigen intensivmedizinischen Leistungen.

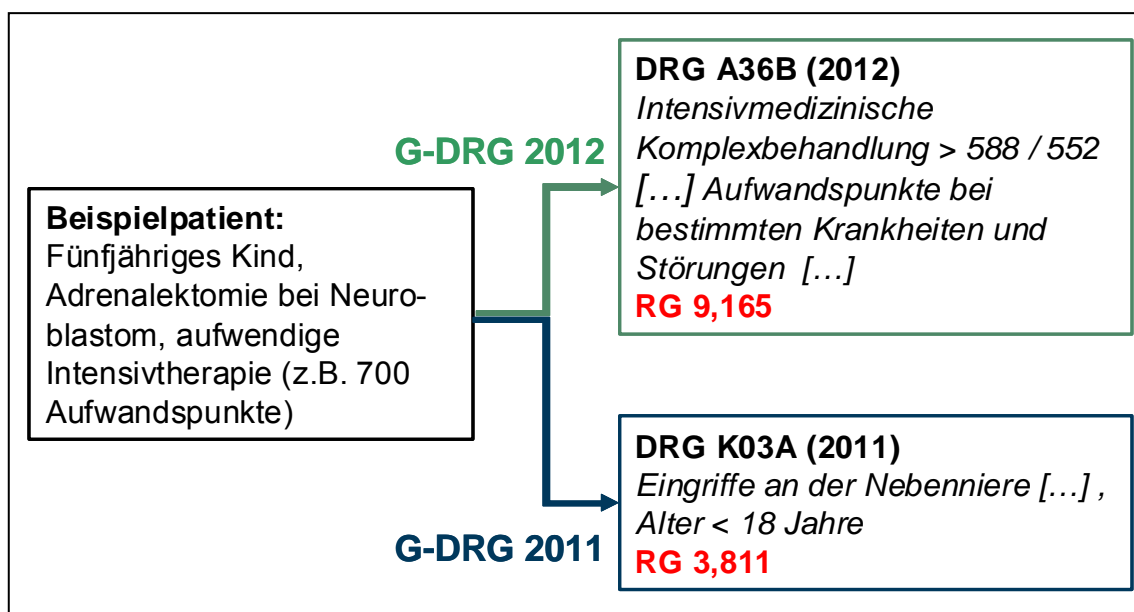


Abbildung 7: Umbau Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter

Des Weiteren wurde die Abbildung intensivmedizinischer Fälle durch zahlreiche Detaillösungen verfeinert. So wurden bestimmte aufwendige Konstellationen, wie z.B. die extrakorporale Membranoxygenation, innerhalb der Basis-DRGs A09, A11 und A13 aufgewertet. Demgegenüber wurden weniger aufwendige Fallkonstellationen innerhalb dieser Basis-DRGs abgewertet. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Fälle mit

sonstigem und nicht näher bezeichnetem akuten Nierenversagen oder bestimmten Vergiftungen.

In der MDC 05 konnte die Abbildung von Kindern und nicht operativ behandelten Erwachsenen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung verbessert werden. Diese Fälle erwiesen sich jedoch, wie in den Vorjahren, als nicht so teuer wie die operativ versorgten Fälle in der Basis-DRG F36. Dennoch gelang im G-DRG-System 2012 die Abbildung aller Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung mit mehr als 392 Aufwandspunkten für Kinder bzw. 552 Aufwandspunkten für Erwachsene in der DRG F43A *Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte*, was eine deutliche Aufwertung dieser bisher nicht spezifisch abgebildeten Fälle darstellt.

3.3.2.15 Kardiologie und Herzchirurgie

Wie in den Vorjahren gehörte das Themengebiet der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems zu denjenigen Themen mit den meisten im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eingegangenen Hinweisen. Unter anderem auf Basis dieser Hinweise erfolgten auch in diesem Jahr in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* in den Bereichen Herzchirurgie bzw. Kardiologie zahlreiche Umbauten, von denen einige im Folgenden näher erläutert werden.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren wurde auf eine nicht in allen Fällen sachgerechte Abbildung von Fällen mit interventionellem Vorhofohrverschluss in der DRG F19A *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC oder mit Vorhofohrverschluss* verwiesen. Insbesondere Kurzlieger wurden als problematisch benannt. Nach eingehender Analyse dieser Fälle konnte mit einer Aufnahme der Fälle mit einem Vorhofohrverschluss in die DRG F95A *Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss* eine aufwandsgerechte Abbildung auch der Kurzlieger erreicht werden.

Weiterhin wurde basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren die Prozedur für die intrakoronare Flussmessung im DRG-System 2012 mit der Prozedur für die Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung gleichgestellt und damit aufgewertet. Betroffene Fälle, die im G-DRG-System 2011 den Basis-DRGs F58 bzw. F52 *Perkutane Koronarangioplastie* zugeordnet waren, werden zukünftig in die Basis-DRGs F56 bzw. F24 für komplexe perkutane Koronarangioplastie eingruppiert.

Bei Analysen zum Themenbereich der interventionellen Kardiologie zeigten sich die Prozeduren für Blade-Angioplastie an Herz- und Koronargefäßen und für sonstige und n.n.bez. perkutan transluminale Gefäßinterventionen an Herz- und Koronargefäßen nicht mit ähnlich hohen Kosten wie die restlichen Fälle der Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen*. Im G-DRG-System 2012 werden die entsprechenden Fälle daher in den DRGs für perkutane Koronarangioplastie sachgerecht abgebildet (hauptsächlich in den Basis-DRGs F56 *Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention oder Kryoplastie* und F24 *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention [...]*).

Im Bereich der ablativen Maßnahmen bei Tachyarrhythmie gab es in diesem Jahr zahlreiche Vorschläge zur Aufwertung verschiedener ablativer Verfahren. Basierend auf diesen Vorschlägen wurde die Basis-DRG F50 *Ablative Maßnahmen bei Tachy-*

arrhythmie eingehend untersucht. Im Ergebnis führten die Analysen zu einer Aufwertung von Fällen mit Ablation am linken Ventrikel in Kombination mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder 3-D-Mappingverfahren in die DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders*. Im Rahmen dieses komplexen Umbaus wurden weiterhin Fälle mit Ablation mit 3-D-Mappingverfahren in Kombination mit einer Diagnose für atherosklerotische Herzkrankheit oder Kardiomyopathie abgewertet, sodass diese nun in den DRGs F50B *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie [...], mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung* und F50C *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, [...]* abgebildet werden.

Des Weiteren wurden bestimmte Fälle mit einer Kombination von interventionellen ablativen Maßnahmen und der Implantation eines Ereignisrekorders aufgewertet, indem sie im G-DRG-System 2012 in die DRG F50A eingruppiert werden.

Fälle mit Implantation eines Ereignisrekorders wurden ebenfalls innerhalb der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* eingehend untersucht. Im DRG-System 2011 wurden diese Fälle entsprechend den Fällen mit Implantation eines Einkammerschrittmachers eingruppiert. Um zukünftig jedoch die unterschiedlichen Kosten und Verweildauern beider Fallgruppen zu berücksichtigen, werden entsprechende Fälle im DRG-System 2012 zwei verschiedenen DRGs zugeordnet: F12H *Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, [...] mit Implantation eines Ereignisrekorders* bzw. F12I *Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, [...] ohne Implantation eines Ereignisrekorders*.

Fälle mit Aggregat- und Sondenwechsel eines Defibrillators werden im G-DRG-System 2012 aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren nicht mehr in der Basis-DRG F02 *Aggregatwechsel eines Kardioverters/Defibrillators (AICD)*, sondern innerhalb der Basis-DRG F01 *Implantation Kardioverter/Defibrillator (AICD)* abgebildet und damit aufgewertet. Ebenfalls aufgewertet wurden Kinder mit Implantation eines Herzschrittmachers oder Defibrillators, indem diese nun in die DRG F12F *Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, [...] oder Alter < 16 Jahre* statt in die DRG F12I bzw. in die DRG F17A *Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem, oder Alter < 16 Jahre* statt in die DRG F17B eingruppiert werden.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren erläuterte detailliert die nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit pulmonaler Endarteriektomie. Eine eingehende Analyse erbrachte eine deutliche Aufwertung entsprechender Fälle durch Eingruppierung in die DRG F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie* (siehe Kap. 3.3.2.6).

Nach umfangreichen Analysen zeigte sich der unspezifische Prozedurenkode für *Reoperation an Herz und Perikard* nicht mehr als mit regelhaft höheren Kosten verbunden. Durch Streichung des entsprechenden Codes aus der Tabelle für bestimmte Eingriffe an Herz und Gefäßen (I) werden Fälle mit diesem Kode, die im G-DRG-System 2011 in den Basis-DRGs F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* und F09 *Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine* abgebildet waren, zukünftig vornehmlich innerhalb der Basis-DRGs F06 *Koronare Bypass-Operation* und F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine oder pulmonale Endarteriektomie* eingruppiert.

3.3.2.16 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2012 in der MDC 04 *Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane* wurde die uneinheitliche Abbildung von Fällen mit Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung als Problem benannt. Es wurde auf Kodierunklarheiten im Hinblick auf die zu kodierende Hauptdiagnose bei einer elektiven nicht invasiven Beatmung wegen ventilatorischer Insuffizienz hingewiesen. So führte ein Fall im G-DRG-System 2011 mit Kodierung des Symptoms *chronisch respiratorische Insuffizienz* als Hauptdiagnose in die Basis-DRG E64 *Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag*, dagegen führten Fälle mit Verschlüsselung der zugrunde liegenden Erkrankung *chronisch obstruktive Lungenerkrankung FEV < 35 %* als Hauptdiagnose in die Basis-DRG E65 *Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung*. In den Kalkulationsdaten zeigte sich, dass die typischen „Heimbeatmungsfälle“ mit einer Verweildauer bis zwei Belegungstage in der MDC 04 eine homogene Kostenstruktur aufwiesen. Aufgrund dessen konnte eine neue DRG E78Z *Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage* etabliert werden. Ausgenommen sind komplexe Fälle wie z.B. die Ersteinstellung einer häuslichen Beatmung. Weitere Analysen zeigten, dass „Heimbeatmungsfälle“ außerhalb der MDC 04 eine uneinheitliche Kostenstruktur aufwiesen, so dass auf einen MDC-übergreifenden Umbau verzichtet wurde.

Ein weiterer Umbau der diesjährigen Weiterentwicklung in der MDC 04 war die Anpassung des Systems aufgrund uneinheitlicher Kodierung von Revisionsoperationen am Thorax. Zukünftig werden Fälle mit Revisionsoperationen am Thorax durch den neu etablierten Zusatzcode für *Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell* einheitlich verschlüsselt. Um sicherzustellen, dass alle Fälle, die im G-DRG-System 2011 mit Revisionseingriffen am Thorax in der DRG E01A *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax [...]* abgebildet wurden, mit dem neuen Zusatzcode im G-DRG-System 2012 auch weiterhin in der DRG E01A gruppiert werden, wurde der Zusatzcode in Kombination mit den Basis-DRGs E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*, E05 *Andere große Eingriffe am Thorax* und E06 *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum* in die DRG E01A aufgenommen. Dieser Umbau in der Logik war notwendig, da im Gegensatz zu den Vorgängerkodes für die *Rethorakotomie* und für die *Rethorakoskopie* der neue Zusatzcode für *Reoperation an Lunge, Bronchus, Brustwand, Pleura, Mediastinum oder Zwerchfell* nur in Kombination mit dem durchgeführten Eingriff zu kodieren ist.

Des Weiteren erfolgten ausgehend von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2012 folgende Umbauten:

- Aufwertung von Fällen mit bestimmten Segmentresektionen und Bisegmentresektionen der Lunge aus der Basis-DRG E06 *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand und Pleura* in die Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax*
- Aufwertung von Fällen mit Wechsel eines trachealen Stents aus diversen medizinischen DRGs der MDC 04 in die operative Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen*

3.3.2.17 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses

Aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2012 und eigener Analysen wurden mehrere Veränderungen in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* vorgenommen.

Ein Hinweis aus dem Strukturierten Dialog thematisierte ein Konfliktpotential, dass operative Eingriffe an der Nase und den Nasennebenhöhlen abhängig von der Hauptdiagnose in der MDC 08 (*Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*) oder in der MDC 03 (*Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses*) abgebildet werden. So erfolgte eine MDC-übergreifende Kodeverschiebung der Diagnose für sonstige angeborene Deformitäten des Schädels, des Gesichts und des Kiefers mit dem Inklusivum für eine angeborene Nasenseptumdeviation aus der MDC 08 in die MDC 03. Dies führt zu einer einheitlichen und sachgerechten Vergütung von Fällen mit Eingriffen an Nase und Nasennebenhöhlen unabhängig von der Hauptdiagnose in der MDC 03.

Ausgehend von einem eingereichten Vorschlag wurden Fälle mit einer Diagnose für bestimmte Gerinnungsanomalien in Verbindung mit Tonsillektomien und verschiedenen Eingriffen an Ohr, Nase, Mund und Hals in der DRG D30A *Tonsillektomie [...] mit komplexer Diagnose* aufgewertet.

Basierend auf eigenen Analysen wurden Fälle mit bestimmten Glossektomien und Rekonstruktionen der Wange jeweils mit freiem mikrovaskulärem Lappen zur sachgerechteren Abbildung in der DRG D02A *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff [...]* aufgewertet. Gleichzeitig wurde die Logik der DRG D02A derart geschärft, dass Fälle mit bestimmten Resektionen des Mundbodens und gestieltem Fernlappen gemäß G-DRG-System 2012 in der DRG D02B *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff [...]* abgebildet wurden.

Da sich die Fälle der DRG D18Z *Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder [...] mehr als 10 Bestrahlungen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie [...]* in der diesjährigen Kalkulation nicht mehr als kostenähnlich erwiesen, wurde die genannte DRG aufgelöst. Fälle mit Strahlentherapie und operativem Eingriff werden zukünftig in der DRG D25A *Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung [...]* abgebildet, Fälle mit intensitätsmodulierter Radiotherapie in der DRG D19Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses [...] mit intensitätsmodulierter Radiotherapie*.

G-DRG-System 2011		
DRG	Name	RG
D18Z	<i>Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahlentherapie [...] mit intensitätsmodulierter Radiotherapie</i>	4,514
D19Z	<i>Strahlentherapie [...] ohne intensitätsmodulierte Radiotherapie</i>	3,732
D25A	<i>Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung [...]</i>	3,608

G-DRG-System 2012		
DRG	Name	RG
D19Z	<i>Strahlentherapie [...]</i>	4,487
D25A	<i>Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung [...] oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff</i>	3,802

Tabelle 16: Streichung der Basis-DRG D18Z *Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahlentherapie [...] mit intensitätsmodulierter Radiotherapie*

Aufgrund der Problematik einer paradoxen Langliegervergütung (vgl. Kap. 3.3.5.2) wurden die DRGs D20A *Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses [...], Alter > 70 Jahre oder äußerst schwere CC* und D20B *Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses [...], Alter < 71 Jahre, ohne äußerst schwere CC* zur DRG D20Z *Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses [...]* kondensiert.

Ausgehend von eigenen Analysen zeigten sich bestimmte komplizierende Diagnosen bei kleinen Eingriffen an Nase, Ohr und Mund der Basis-DRG D13 *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund* als nicht sachgerecht vergütet, sodass z.B. im G-DRG-System 2012 Adenotomien in Kombination mit einer Diagnose für eine Schallleitungsstörung in der DRG D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose* abgebildet werden.

Ein weiterer Umbau der diesjährigen Kalkulation betraf die Aufwertung von Fällen mit Prozeduren für plastische Rekonstruktionen der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen in der DRG D04Z *Bignathe Osteotomie [...] oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen*.

3.3.2.18 Onkologie

Die in der Vergangenheit bereits intensiv verfolgte Differenzierung der Abbildung onkologischer Fälle stand erneut im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012.

Bereits für die G-DRG-Version 2011 konnten die Prozeduren für *Komplexe Diagnostik bei Leukämien* (OPS: 1-941) in der Basis-DRG R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie* als Splitkriterium berücksichtigt werden. Für die G-DRG-Version 2012 wurde diese Leistung erneut hinsichtlich der Eignung als Kostentrenner in weiteren DRGs der MDC 17 untersucht und innerhalb der Basis-DRG R60 *Akute myeloische Leukämie* aufgewertet. Demnach werden zukünftig Fälle mit dieser Leistung aus den DRGs R60D und R60E *Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. [...], Alter < 16 Jahre* bzw. *Alter > 15 Jahre* der DRG R60C *[...] oder mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie* zugeordnet.

Weiter fortgeführt wurde für 2012 auch die Spezifizierung von DRGs der medizinischen Partition der MDC 17 durch Streichung unspezifischer Diagnosen. Analysiert wurden in diesem Zusammenhang aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren die Diagnose für sonstige Neutropenie in den Basis-DRGs R60, R61, R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen* und R63 *Andere akute Leukämie* sowie die Diagnosen für nicht näher bezeichnete arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, sonstige Agranulozytose und nicht näher bezeichnete Neutropenie in den Basis-DRGs R60 und R63. Die genannten Diagnosen wurden jeweils aus dem Splitkriterium „Agranulozytose, Neutropenie“ der betroffenen Basis-DRGs gestrichen.

Darüber hinaus konnten in der medizinischen Partition der MDC 17 auch einige komplizierende Erkrankungen bei Tumorpatienten aufgewertet werden. Dies trifft zum einen auf Fälle mit einer sekundären bösartigen Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute in der Basis-DRG R62 zu, die ab 2012 der DRG R62A *[...] mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose* oder R62B *[...] ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose* zugeordnet werden. Zum anderen konnte die Abbildung von Fällen mit *Tumorlyse-Syndrom* (ICD-10-GM: E88.3) in der Basis-DRG R61 durch Aufnahme dieser Diagnose in die Definition der DRGs R61B *[...] oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie* und R61D *[...] mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie* verbessert werden. Zusätzlich wird das Tumorlyse-Syndrom durch Aufnahme in die CCL-Matrix in Zukunft auch innerhalb und außerhalb der MDC 17 in zahlreichen DRGs, in denen die Behandlung solider Tumore abgebildet ist, schwegradsteigernd wirksam werden. Detaillierte Hinweise zu Anpassungen in der CCL-Matrix finden sich in Kapitel 3.3.1.4.

In Bezug auf die operativen DRGs der MDC 17 erreichten uns Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren zur Abbildung von stereotaktischen Biopsien am Gehirn, welche trotz ähnlichem Aufwand im Vergleich zu Biopsien, die unter Anwendung eines Navigationssystems durchgeführt werden, schlechter vergütet waren. Im Ergebnis werden Fälle mit stereotaktischer Biopsie an intrakraniellm Gewebe (OPS: 1-511) ab der G-DRG-Version 2012 in den Basis-DRGs R01 *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren*, R02 *Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen* und R12 *Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren* als operativer Eingriff am Schädel gewertet und damit aufgewertet. Ebenfalls verbessert wurde die Abbildung dieser Leistung auch in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, wo derartige Fälle von nun an den Basis-DRGs B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wir-*

belsäulen-Operation bzw. B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* statt der Basis-DRG B09 *Andere Eingriffe am Schädel* zugeordnet werden.

Hinsichtlich der Abbildung onkologischer Fälle außerhalb der MDC 17 ist vor allem die Aufnahme zahlreicher Diagnosen für bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels – neben dem schon erwähnten Tumorlyse-Syndrom – in die CCL-Matrix erwähnenswert.

Auf Ebene der Prozeduren wurden umfangreiche Analysen bezüglich der Abbildung der Dauer einer Chemotherapie und der Anzahl der verwendeten Medikamente vorgenommen. Diese Attribute können seit dem OPS Version 2010 bei den Codebereichen 8-542 *Nicht komplexe Chemotherapie* und 8-543 *Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie* verschlüsselt werden und standen somit erstmals für eine Analyse in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung. Für die G-DRG-Version 2012 konnte daraufhin die Definition der DRG M60B *Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hochkomplexer Chemotherapie* erweitert werden um Prozeduren für mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie. Ausgenommen hiervon ist lediglich die Gabe von einem Medikament an einem Tag.

Für den Bereich Strahlentherapie wurde die DRG D18Z *Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* gestrichen. Es hatte sich im Laufe der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012 herausgestellt, dass sich die darin bisher abgebildeten Fälle nicht mehr als kostenähnlich erwiesen. Fälle mit intensitätsmodulierter Radiotherapie bei mehr als zehn Bestrahlungen werden ab 2012 wieder in der DRG D19Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen* abgebildet. Fälle mit Strahlentherapie und operativem Eingriff werden fortan der DRG D25A *Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff* zugeordnet.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System für 2012 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in den Kapiteln Abdominalchirurgie (3.3.2.1) und Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma (3.3.2.2) 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 unbewerteter Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Dasatinib, oral* (ZE2012-91)
- 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 zwei neuen bewerteten und einem neuen unbewerteten Zusatzentgelt (ZE2011-83 *Gabe von Sitaxentan, oral* und ZE2011-84 *Gabe von Ambrisentan, oral*).

3.3.2.19 Operative „Reste-DRGs“

Wie im Vorjahr stellen sogenannte operative „Reste-DRGs“ einen Schwerpunkt in der Klassifikationsüberarbeitung des G-DRG-Systems dar. In den Reste-DRGs (z.B. Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*) werden zumeist wenig aufwendige Fälle mit einfachen oder unklar definierten Eingriffen (z.B. *Andere Bauchoperation, Laparoskopie und Drainage*) abgebildet. Sie beinhalten im Gegensatz zur Basis-DRG 901 (Sonstige DRG) keine „fachfremden“ Eingriffe in Bezug auf die jeweilige MDC aufgrund der Hauptdiagnose-Definition (z.B. Hüft-Endoprothese bei Augenpatient).

Des Weiteren kann ein Fehlanreiz bestehen, zusätzlich unspezifische Prozeduren zu kodieren, wenn Fälle in der Reste-DRG besser vergütet werden als Fälle in DRGs mit spezifischen kleinen Eingriffen.

Verhindert wird dieser Fehlanreiz, indem Reste-DRGs nicht mitsortiert, sondern am Ende der operativen Partition einer MDC abgefragt werden. In Einzelfällen führt dies wiederum zur Problematik der Mindervergütung bei Mehrleistung, wenn Fälle aufgrund spezifischer Eingriffe in DRGs vorher abgefragt werden, die schlechter vergütet sind.

Dagegen führen Krankenhausfälle mit Eingriffen, die in Bezug auf die Hauptdiagnose der jeweiligen MDC als „fachfremd“ gelten (z.B. Bypass-Operation bei HNO-Patient), in Fehler-DRGs (Basis-DRG 901).

In der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2012 wurde ein Schwerpunkt auf die Reste-DRGs in folgenden MDCs gelegt:

- MDC 05 *Herz-Kreislauf-System*
- MDC 06 *Verdauungsorgane*
- MDC 08 *Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*
- MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*
- MDC 13 *Weibliche Geschlechtsorgane*

Ziel der Überarbeitung der Reste-DRGs ist die sachgerechte Vergütung auch seltener Konstellationen. Daher wurden Fälle sowohl auf- als auch abgewertet. Während der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 wurden Gefäßinterventionen im Abdominalbereich in den Reste-DRGs G12A/B als nicht sachgerecht vergütet identifiziert. In Zukunft werden Fälle mit Gefäßintervention im Abdominalbereich in der DRG G04A *Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre [...]* abgebildet (siehe Abb. 8).

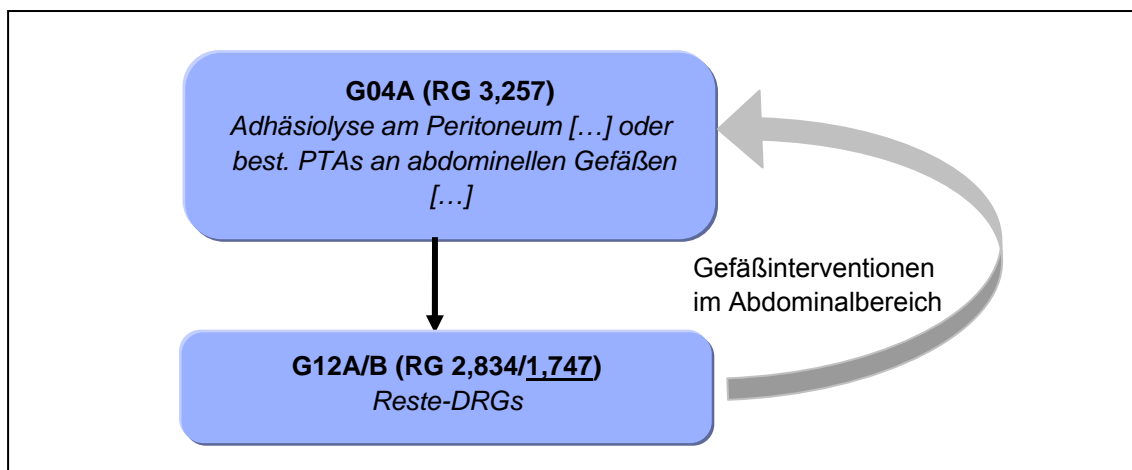


Abbildung 8: Überarbeitung der Reste-DRGs am Beispiel der DRGs G12A/B

Wie in der Abbildung 9 dargestellt wurden Fälle mit Verschluss einer urethrovaginalen Fistel oder mit laparoskopischer Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien aus den Reste-DRGs abgewertet. Die alleinige Verschlüsselung dieser Codes führte im G-DRG-System 2011 in die Reste-DRG N11B *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne bestimmten Eingriff*. Wurde zusätzlich noch der Prozeduren-Code für eine *Diagnostische Laparoskopie* angegeben, resultierte die schlechter vergütete DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung [...]*. Zukünftig werden Fälle mit laparoskopischer Exzision oder Destruktion von erkranktem Gewebe der Parametrien in der DRG N25Z *Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung [...]* oder best. *Eingriffe an den Parametrien* abgebildet. Fälle mit Verschluss einer urethrovaginalen Fistel werden dagegen in der DRG N06Z *Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen* abgebildet.

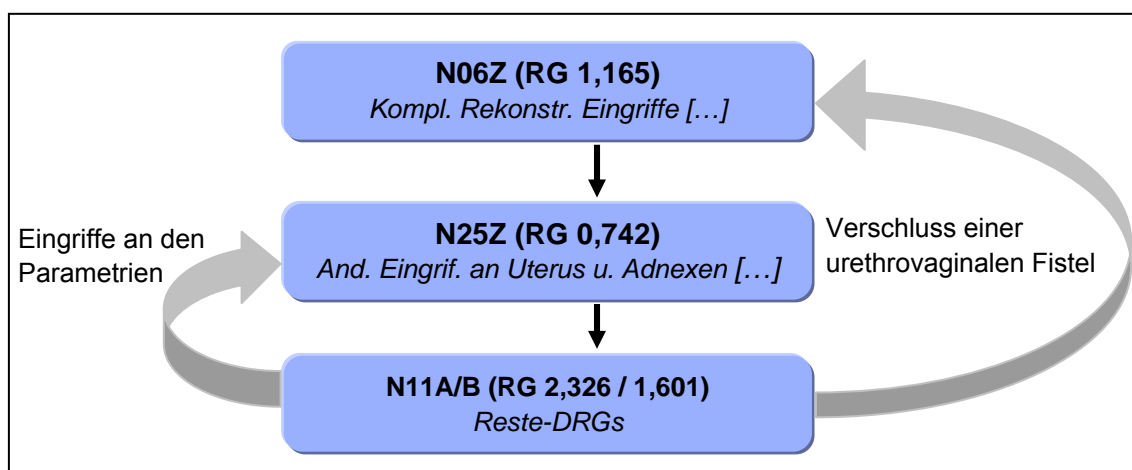


Abbildung 9: Überarbeitung der Reste-DRGs am Beispiel der DRGs N11A/B

Resultat der zahlreichen Umbauten zu den sogenannten Reste-DRGs ist eine weitere Abnahme der Fallzahl in den operativen Reste-DRGs und damit einhergehend eine Minderung der oben dargestellten Fehlanreize.

3.3.2.20 Palliativmedizin

Leistungen der Palliativmedizin sind wie im Vorjahr im G-DRG-System 2012 durch drei bewertete Zusatzentgelte abgebildet.

Das bewertete ZE60 *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* wurde in den Vorjahren über den gleichlautenden OPS-Kode (8-982 ff.) definiert, differenziert nach der Behandlungsdauer. So lösten Fälle mit mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen das ZE60.01, mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage ZE60.02 und eine längere Behandlung ZE60.03 aus.

Im OPS Version 2012 wurde nun zusätzlich ein neuer Kode für die spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung mit zum Teil deutlich erhöhten Anforderungen etabliert (8-98e ff.). Beispielsweise werden neben einer kontinuierlichen, 24-stündigen Behandlung auf einer eigenständigen Palliativeinheit durch ein multidisziplinäres und multiprofessionelles Team sowohl eine höhere Qualifikation des Personals als auch eine bedarfsgerechte Anwendung spezialisierter apparativer palliativer Behandlungsverfahren verlangt.

Dieser Kode ist gleichermaßen nach der Anzahl der Behandlungstage unterteilt und ist für 2012 ebenfalls dem ZE60 zugeordnet. Mit Verfügbarkeit fallbezogener Informationen in den Kalkulationsdaten – regulär also im Jahr 2013 – besteht die Möglichkeit, die Fälle mit „spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung“ separat zu analysieren.

3.3.2.21 Polytrauma

Als Polytrauma werden Verletzungen mehrerer Körperregionen oder von Organsystemen definiert, wobei wenigstens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer Verletzungen vital bedrohlich ist (Tscherne, 1977). Entsprechend dieser Definition wird die Zuordnungslogik der MDC 21A nicht über eine alleinige Hauptdiagnoseliste definiert, sondern über die Kombination von schweren Verletzungen oder Traumadiagnosen, die typischerweise lebensbedrohlich sind.

Vorschläge des Strukturierten Dialogs, des Anfrageverfahrens sowie interne Analysen zielen zumeist auf diese Eingangslogik der Polytrauma-MDC ab, um sie sowohl zu schärfen als auch sachgerecht zu erweitern. So wurde im Anfrageverfahren kritisiert, dass die gleichzeitige Verschlüsselung einer frischen Acetabulum- und einer alten petrochantären Femurfraktur die Kriterien für die MDC 21A erfülle. Nach Analyse der betroffenen Fälle wurde die Logik der Funktion Polytrauma dahingehend geändert, dass die Kombination bestimmter Schenkelhalsfrakturen mit bestimmten Frakturen am Becken alleine nicht mehr ausreicht, um die Kriterien der Funktion zu erfüllen. Dies entspricht einer Abwertung der Fälle mit einer solchen Konstellation. Um aber sicherzustellen, dass aufwendige Konstellationen (wie z.B. Fälle mit einer Acetabulumfraktur und einem Riss der Leber) weiterhin als Polytrauma identifiziert werden, musste die Logik entsprechend komplexer gestaltet werden.

Des Weiteren konnte die Logik für die Funktion „Polytrauma“ geschärft werden durch die Abwertung einer Steißbeinfraktur sowie nicht näher bezeichnete Verletzungen bzw. sonstiger Verletzungen der Milz.

Wie im Vorjahr schlug die Fachgesellschaft für Unfallchirurgie vor, die Abbildung von Fällen in der MDC 21A unter zusätzlicher Berücksichtigung des Injury Severity Score (ISS) zu überprüfen. Zu diesem Zweck wurden die ergänzend gelieferten Daten aus dem Traumaregister zum ISS in die Analyse einbezogen.

Aufgrund fehlender eindeutiger Fallkennzeichen in den gelieferten Daten war nur für rund 60% der Fälle eine sichere Zuordnung zu den Kalkulationsdaten möglich.

In einer Vielzahl verschiedener Simulationen konnten nur vereinzelt hochaufwendige Mehrfachverletzte, die nicht schon bereits in der MDC 21A eingruppiert waren, ausfindig gemacht werden. Wie im Vorjahr erschienen auf Basis der aktuell verfügbaren Daten Fälle mit hohem ISS weitgehend zufällig verteilt. Zudem führte die ergänzende Zuordnung der Fälle mit hohen ISS-Punktwerten zur MDC 21A „Polytrauma“ nicht zu einer sachgerechteren Vergütung dieser Fälle.

Folglich fand der ISS bei der Zuordnung zur MDC 21A im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems keine Berücksichtigung.

3.3.2.22 Querschnittlähmung

Der Bereich *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* bildete einen Schwerpunkt der letztjährigen klassifikatorischen Überarbeitung des G-DRG-Systems.

Fälle mit Polytrauma und komplexer OR-Prozedur sowie Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkten und komplexer OR-Prozedur wurden, vorausgesetzt es wurde nicht zusätzlich eine Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung von mehr als 99 Tagen durchgeführt, aus der unbewerteten Basis-DRG B61 ausgeschlossen und überwiegend in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sowie in der MDC 21A *Polytrauma* abgebildet.

Zudem wurde die DRG B61Z gesplittet, sodass Fälle mit komplexem operativem Eingriff, einer Verweildauer von unter 14 Tagen und dem Entlassgrund „wegverlegt“ nun der neuen, bewerteten DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt* zugeordnet wurden. Der überwiegende Teil der Fälle, die vorher der DRG B61Z zugeordnet waren, wird nun in die unbewertete DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt* gruppiert.

Im ersten Jahr nach diesem umfassenden Umbau wurde die Abbildung anhand der Kalkulationsdaten des Jahres 2010 bestätigt.

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs gingen in diesem Jahr nur wenige Vorschläge ein, die sich zum Teil auch auf Situationen vor dem geschilderten Umbau bezogen. Einem Hinweis folgend wurde die Abbildung von Fällen mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen bzw. mit bestimmten Prozeduren für Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta bei Aneurysma in Kombination mit der Diagnose für akute Querschnittlähmung untersucht, wobei sich nur eine geringe Anzahl von Fällen in den Kalkulationsdaten fand und das Ergebnis nicht beurteilt werden konnte.

Eine Verbreiterung der Kalkulationsgrundlage um weitere Spezialkliniken wäre für die Zukunft weiterhin wünschenswert.

3.3.2.23 Schlaganfall

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems gingen zum Thema Schlaganfall-Behandlung in diesem Jahr lediglich zwei Vorschläge ein. Der Vorschlag, den OPS-Kode für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls dahingehend zu ändern, dass neben einem Facharzt für Neurologie auch ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie im Rahmen einer Schlaganfalleinheit das vorgegebene Mindestmerkmal erfüllt, wurde an das DIMDI weitergeleitet. Der zweite Vorschlag hatte die Abbildung intensivmedizinisch behandelter Patienten in den Basis-DRGs B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* und B70 *Apoplexie* zum Inhalt. Hierzu ist anzumerken, dass in der Basis-DRG B36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* bereits viele Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung abgebildet sind. Demzufolge fand sich in den Kalkulationsdaten nur eine geringe Anzahl betroffener Fälle, sodass das Ergebnis beider Analysen nicht bewertet werden konnte.

Auch im kommenden Jahr stehen erneut Analysen zur Schlaganfallbehandlung an. Insbesondere die im OPS Version 2011 differenzierte Prozedur für *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* mit und ohne Anwendung eines Telekonsildienstes ist im kommenden Jahr erstmals in den Kalkulationsdaten enthalten und kann somit analysiert werden. Ob ein solcher Telekonsildienst, der die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstandes in der spezialisierten Schlaganfalleinheit durch einen umgehend telemedizinisch am Krankenbett zur Verfügung stehenden Facharzt für Neurologie gewährleisten soll, Aufwandsunterschiede zu nicht telekonsiliarisch behandelten Fällen ausmacht, kann somit in den Daten des Jahres 2011 untersucht werden.

3.3.2.24 Streitbefangene Konstellationen

Eine uneinheitliche Eingruppierung – und damit ein in der Regel unterschiedlicher Erlös – vergleichbarer oder zumindest sehr ähnlicher Fälle bietet grundsätzlich ein gewisses Konfliktpotential im Hinblick auf die korrekte Verschlüsselung eines Falles. Als prinzipielle Lösungsmöglichkeiten kommen die Präzisierung der Kodiervorschriften in den Deutschen Kodierrichtlinien bzw. der Verschlüsselungshinweise in der ICD bzw. dem OPS in Frage, oder die Prüfung durch das InEK, ob die existierenden Gruppierungsunterschiede noch anhand der Kostenunterschiede der Fälle zu rechtfertigen sind. Andernfalls kann eine einheitliche Eingruppierung auf Basis ähnlicher Kosten in Zukunft helfen, Kodier- oder Abrechnungskonflikte vor Ort zu vermeiden oder zu mindern.

Beide Wege der Verminderung dieses Streitpotentials wurden für 2012 erfolgreich beschritten. Als Beispiel für die Vereinheitlichung der Kodierung kann die Änderung der DKR 1916k „Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen“ genannt werden, die für 2012 an die Regelung zur Kodierung von unerwünschten Nebenwirkungen von Arzneimitteln in DKR 1917d angepasst wurde unter Streichung der DKR 1918a „Unerwünschte Nebenwirkungen/Vergiftung von zwei oder mehr in Verbindung eingenommenen Substanzen (bei Einnahme entgegen der Verordnung)“. Durch diese Änderung wurde eine einheitlichere und eingängigere Kodierung von Vergiftungsfällen für 2012 sichergestellt.

Schwerpunkte der diesjährigen Analysen des InEK für das G-DRG-System 2012 waren beim Thema „Streitbefangene Konstellationen“:

- Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen (als Hauptdiagnose bzw. als Nebendiagnose)
- Kontrolle einer bestehenden Heimbeatmung im Krankenhaus
- Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod zur Nachuntersuchung von Tumorpatienten

Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen als Hauptdiagnose

Gemäß dem Abschnitt „Erkrankungen bzw. Störungen nach medizinischen Maßnahmen“ der DKR D002f soll als Hauptdiagnose jeweils der spezifischste Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung kodiert werden. Hierbei ist häufig unklar, welcher ICD-Code als der spezifischste anzusehen ist – mitunter ist ein Code spezifischer z.B. im Hinblick auf die Lokalisation einer Störung, ein anderer im Hinblick auf die Genese.

Bei einigen der in Frage kommenden Codes besteht das Problem, dass sehr ähnliche Diagnosen zum Teil in verschiedene MDCs eingruppiert werden. Das führt häufig zu unterschiedlichen Erlösen und Kodierstreitigkeiten im Hinblick auf die Hauptdiagnose. Als Lösungsmöglichkeit bietet sich an, die unterschiedliche Eingruppierung z.B. durch einheitliche Eingruppierung in organspezifische MDCs zu beseitigen, sofern ähnliche Kosten der Fälle in den Kalkulationsdaten dies gestatten.

Zum Beispiel werden Adhäsionen im Becken bei weiblichen Patienten im G-DRG-System 2011 je nach Wahl der Hauptdiagnose (ICD-Code N99.4 *Peritoneale Adhäsionen nach medizinischen Maßnahmen* oder N73.6 *Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken*) entweder in organspezifische DRGs der MDC 13 oder in DRGs der MDC 21B eingruppiert (siehe Abb. 10). Je nach Behandlung ist eine andere Diagnose vorteilhaft, sodass Kodierkonflikte vorstellbar sind:

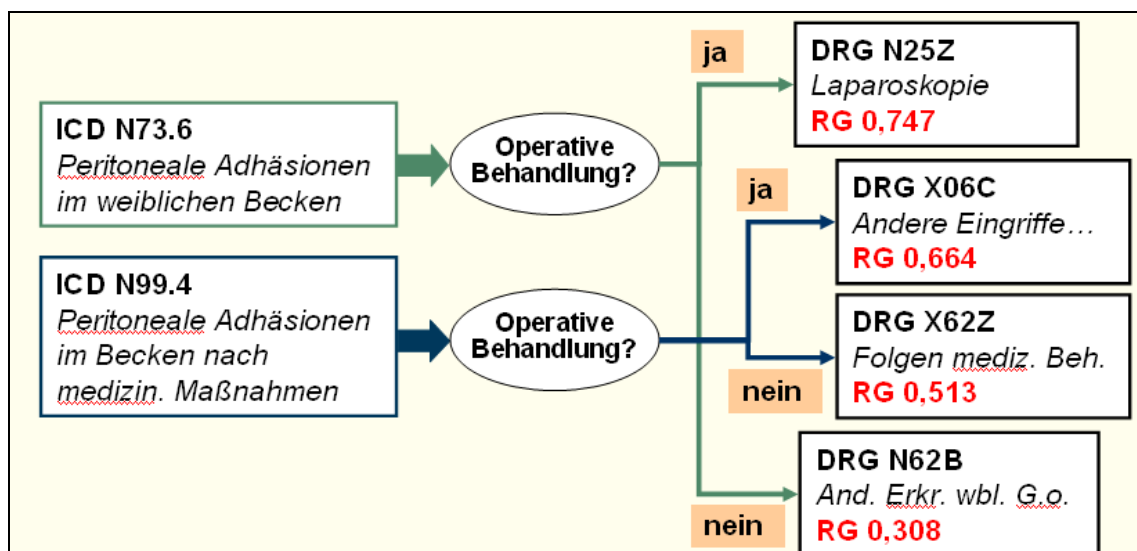


Abbildung 10: Abbildung von Fällen mit der Hauptdiagnose N73.6 bzw. N99.4 im G-DRG-System 2011

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems konnte für 2012 folgendes Ergebnis erzielt werden: Fälle mit einer der beiden ICD-Kodes als Hauptdiagnose werden ab 2012 in der MDC 13 (weibliche Geschlechtsorgane) gleich eingruppiert. Damit ist eine

sachgerechtere Abbildung insbesondere der operierten Fälle erreicht worden, da in MDC 13 zahlreiche aufwandsgestaffelte operative DRGs erreicht werden können. Somit können Kodierkonflikte um die korrekte Hauptdiagnose vermieden werden, da die Wahl der Hauptdiagnose nicht mehr für die Eingruppierung bedeutsam ist.

In ähnlicher Weise wurde die Diagnose T81.1 *Schock während oder als Folge eines Eingriffes [...]* aus MDC 21A in die MDC 05 (Herz-Kreislauf) verschoben und damit eine identische Eingruppierung zu anderen, ähnlichen Codes wie *Schock, nicht näher bezeichnet* erreicht. Ebenso wurde die Diagnose H95.9 *Krankheiten des Ohres und Warzenfortsatzes nach med. Maßnahmen [...]* in die HNO-MDC (03) und die Diagnose N99.9 *Krankheit des Urogenitalsystems nach medizinischen Maßnahmen [...]* in die MDC 11 (Urologie) verschoben.

Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen als Nebendiagnose

Ein Konfliktpotential bei der Nebendiagnosenkodierung von Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen ergibt sich dadurch, dass eine Vielzahl von Codes für Komplikationen nach medizinischen Maßnahmen derzeit in der CCL-Matrix enthalten und teilweise hoch bewertet ist, z.B. der ICD-Kode T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion [...]*. Dieser Code kann sowohl eine schwere Komplikation als auch eine Bagatellfolge (kleines Hämatom nach Venenkanülierung) bezeichnen. Für die korrekte Verschlüsselung ist u.a. von Bedeutung, ob ein „spezifischerer Code“ existiert (sofern die Bedingungen der Nebendiagnosen-Kodierrichtlinie erfüllt sind), z.B. ggf. ein Code aus I80.- *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis*, und welche Informationen die Hinweise, Inklusiva und Exklusiva in der ICD-10 geben. Diese ICD-Kodes sind sehr häufig Thema von Kodierstreitigkeiten, wie sich u.a. im Anfrageverfahren zeigt.

In der Kalkulationsphase 2011 wurden die hauptsächlich bestrittenen Codes daraufhin geprüft, ob sie noch mit einem entsprechend höheren Aufwand verbunden sind. Als Ergebnis wurden 15 Codes für Komplikationen eines Eingriffes aus der CCL-Matrix gestrichen oder abgewertet, z.B. Streichung der ICD-Kodes T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion* und T88.4 *Misslungene oder schwierige Intubation*, Abwertung des Codes T81.0 *Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes*. Dadurch ist eine deutliche Verminderung des Streitpotentials ab 2012 zu erwarten.

Kontrolle einer bestehenden Heimbeatmung

Bei Patienten, die zur Kontrolle einer bestehenden Heimbeatmung im Krankenhaus aufgenommen werden, besteht oft eine respiratorische Insuffizienz bei einer zugrunde liegenden Erkrankung. Die Abbildung dieser Fälle ist aufgrund unklarer Kodierung uneinheitlich, wozu mehrfach Hinweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens sowie des Anfrageverfahrens eingegangen sind. Auch hier ist ein erhebliches Konfliktpotential im Hinblick auf die zu kodierende Hauptdiagnose zu vermuten, da gemäß G-DRG 2011 zum Teil deutliche Erlösunterschiede bestehen:

Zum Beispiel führt ein Code aus J96.1.- *Chronisch respiratorische Insuffizienz* als Hauptdiagnose in 2011 bei einer Verweildauer von 3 Belegungstagen in die DRG E64C mit einem effektiven Relativgewicht von 0,681, der Code J44.80 *Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV₁ < 35 % des Sollwertes* dagegen in die DRG E65B mit einem effektiven Relativgewicht von 0,841.

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2012 wurden daher folgende Ziele verfolgt:

- einheitliche und sachgerechte Vergütung der Fälle unabhängig von der kodierten Hauptdiagnose,
- Abbau des Konfliktpotentials bei der Kodierung,
- Vermeidung einer Benachteiligung spezialisierter Kliniken durch einen Umbau
- und keine Abwertung komplexer Fälle, etwa der Ersteinstellung einer häuslichen Beatmung.

Als Ergebnis für 2012 wurde eine neue DRG E78Z *Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage* geschaffen, definiert über den entsprechenden Prozedurenkode. Innerhalb der MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ist die Eingruppierung damit unabhängig von der Wahl der Hauptdiagnose und eine weitgehende Beendigung des Streits um die zu kodierende Hauptdiagnose ab 2012 zu erwarten.

Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod zur Nachuntersuchung von Tumorpatienten

Bei Nachuntersuchungen von Patienten mit bösartigen Tumoren hängt die Kodierung der Hauptdiagnose gemäß DKR 0201j „Auswahl und Reihenfolge der Codes“ bzw. DKR 0209d „Malignom in der Eigenanamnese“ davon ab, ob noch ein Tumor nachweisbar ist bzw. ob die Behandlung des Malignoms als endgültig abgeschlossen angesehen werden kann. Dies führt häufig zu Kodierstreitigkeiten, da die Fälle je nach gewählter Hauptdiagnose in DRGs mit unterschiedlichem Relativgewicht eingruppiert werden.

Zum Beispiel werden ähnliche Fälle bei Kontrolluntersuchungen nach Behandlung eines Schilddrüsenkarzinoms, z.B. einer Ganzkörper-Szintigraphie mit rh-TSH, bisher je nach Wahl der Hauptdiagnose (ursprüngliche Tumorerkrankung oder Kode aus Z08.-*Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung*) in DRGs unterschiedlicher MDCs mit unterschiedlichen Erlösen (v.a. bei Kurzliegern) eingruppiert.

Um eine einheitliche und sachgerechte Vergütung der Fälle unabhängig von der kodierten Hauptdiagnose und einen Abbau des Konfliktpotentials bei der Kodierung zu erreichen, ist ab 2012 bei den beschriebenen Fällen in erster Linie der Prozedurenkode 3-70c.01 *Ganzkörper-Szintigraphie zur Lokalisationsdiagnostik: Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod: Mit Gabe von rekombinantem Thyreotropin (rh-TSH)* für die Eingruppierung maßgeblich, was eine deutliche Verminderung des Streitpotentials ab 2012 erwarten lässt.

3.3.2.25 Unfallchirurgie/Orthopädie

Seit Jahren zeichnet sich das Vorschlagsverfahren zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* durch eine hohe Beteiligung aus. Dies ermöglicht neben der Berechnung der in den Vorschlägen tatsächlich benannten Sachverhalte eine umfangreiche Analyse der geschilderten Problembereiche, die durch den Blick auf das gesamte G-DRG-System teilweise umfassenden Lösungen zugeführt werden können. Eingriffe an der Wirbelsäule, die Traumatologie sowie die Endoprothetik bildeten Schwerpunkte in der diesjährigen Weiterentwicklung. Darüber hinaus konnte die Einordnung bestimmter Eingriffe am Fuß – ausgehend von etlichen Vorschlägen der Fachgesellschaft – nochmals differenziert werden. Wesentliche Umbauten innerhalb der MDC 08 werden im Folgenden skizziert.

Hinweisen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens folgend sowie die umfangreiche Umgestaltung des OPS Version 2012 im Kapitel 5-83 *Operationen an der Wirbelsäule* in Bezug auf Osteosynthesen an der Wirbelsäule vorbereitend, erfolgten weitreichende Analyserechnungen. Diese resultierten in einer Aufwertung von bestimmten offenen Repositionen an der Wirbelsäule (Schrauben-Platten- bzw. -stabsysteme, Hakenplatten) hauptsächlich in die DRGs I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Osteosynth. u. äuß. schw. CC od. m. best. mehrz. kompl. Eingr. [...]* und I09C *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation oder bestimmtem aufwendigen Eingriff [...]*. Abgewertet im Rahmen der oben beschriebenen Untersuchungen wurden hingegen bestimmte Osteosynthesen an der Wirbelsäule durch Schrauben, die im G-DRG-System 2012 in der Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule* statt wie bisher vornehmlich in der Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule* abgebildet werden.

Einem weiteren Vorschlag folgend, werden zukünftig knöcherne Dekompressionen des Spinalkanals über mehr als 3 Segmente innerhalb der Basis-DRGs I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals* und I09 durch Zuordnung zur DRG I06A *Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule m. Wirbelsäulenrelease od. Korrektur Thoraxdef., Alt. < 16 J. [...], mit Dekomp. Spinalkanal > 3 Seg.* bzw. zu den DRGs I09A und I09C aufgewertet. Der Vorschlag, die Abbildung der Anwendung bestimmter Knochentransplantate im G-DRG-System zu untersuchen, führte hingegen zu einer Abwertung des Knochenersatzes an der Wirbelsäule durch Verwendung von xenogenem Knochentransplantat vorrangig innerhalb der Basis-DRG I09. Gefolgt wurde darüber hinaus dem Vorschlag, die Diagnosen für Kyphosen und Lordosen nicht mehr den deformierenden Erkrankungen der Wirbelsäule zum Zwecke der Eingruppierung im G-DRG-System zuzuordnen und damit innerhalb der Basis-DRGs I06 und I09 bzw. durch Einsortierung in die Basis-DRG I10 abzuwerten.

Eigene Analysen zeigten eine inhomogene Abbildung von Eingriffen an der Wirbelsäule in der DRG I10D *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit aufwendigem Eingriff oder Wirbelfraktur oder Para-/Tetraplegie*: Einerseits erwiesen sich in der DRG I10D bestimmte aufwendige Wirbelsäuleneingriffe als unterbewertet. Andererseits enthielt diese DRG Fälle mit vergleichsweise geringen Kosten, die jedoch häufig eine Vielzahl verschiedener Prozedurenkodes aufwiesen. Diese Ausgangslage konnte nicht durch einfache Kodebereinigungen von Prozedurenlisten beseitigt werden. Vielmehr werden künftig bestimmte aufwendige Eingriffe wie Laminektomien an der BWS, Verschlüsse von Fisteln an den Rückenmarkshäuten oder knöcherne Dekompressionen von mehr als einem Segment auch ohne Diagnosebedingung in die DRG I10C einsortiert und damit aufgewertet. Hingegen wird beispielsweise die Leistung *Drainage sonstiger epiduraler Flüssigkeit* in die DRG I10E *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff* einsortiert und somit abgewertet. Andere Eingriffe an der Wirbelsäule wie Vertebro-/Spongionplastien eines Wirbelkörpers oder die Entfernung von Osteosynthesematerial an der Wirbelsäule werden künftig trotz Vorliegen der Diagnosebedingung einer Wirbelkörperfraktur oder Tetraplegie in der DRG I10D im Sinne einer Abwertung eingruppiert. In der Summe dieser Umbauten sinkt die Bewertungsrelation der DRG I10D durch die Bereinigung um aufwendigere Verfahren ab. Darüber hinaus konnte durch eine Abwertung von Leistungen wie bestimmten Biopsien oder bestimmten Operationen an intraspinalen Blutgefäßen aus der DRG I10A *Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit aufwendigem Eingriff* in die DRG I10B *Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne aufwendigen Eingriff* eine verbesserte Sachgerechtigkeit erzielt werden. Zudem führten eigene Analysen bei der konservativen Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen zu einer Abwertung von Fällen, die älter als 55 Jahre, aber

jünger als 65 Jahre sind, sowie von Fällen mit einem PCCL von 2 in die DRG I68D *Nicht operativ behandelte Erkr. und Verl. im Wirbelsäulenbereich, > ein Belegungstag [...]*, sofern keine Diagnose für bestimmte schwere Erkrankungen der Wirbelsäule oder eine chronische Para-/Tetraplegie vorliegt.

Hinweise führten zu umfangreichen Untersuchungen der DRG I05Z *Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC*. Die Analysen zeigten eine erhebliche Kostendifferenz der in dieser DRG bisher abgebildeten Leistungen. Diese ist teilweise auf die stark variierenden Implantatkosten zurückzuführen, welche wiederum u.a. mit der Unterschiedlichkeit der betroffenen Gelenke erklärbar ist. Im Ergebnis konnte eine differenziertere Abbildung bestimmter Leistungen durch Zuordnung zu verschiedenen Ziel-DRGs erreicht werden. So werden sowohl Implantationen von gekoppelten TEPs am Ellenbogen als auch der Wechsel von Ellenbogen-TEPs in die Basis-DRG I43 *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk [...]* aufgewertet. Abwertungen hingegen erfuhren die Leistungen für *Revisionen von Endoprothesen der oberen Extremität ohne Wechsel* sowie für *Implantation einer Oberflächenersatzprothese am Humerus* durch Einsortierung in die DRG I13B *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität*. Ebenfalls entsprechend ihrer geringeren Kosten abgewertet wurden *Implantationen und Wechsel von Radiuskopfprothesen* durch Neuordnung zur DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder mit Implantation/Wechsel einer Radiuskopfprothese*.

Weitere Aufwertungen endoprothetischer Leistungen im G-DRG-System erfolgten durch erweiterte Analysen zu Hinweisen auf bisher nicht sachgerecht eingeordnete Verfahren. Teilwechsel von Sprunggelenkendoprothesen werden künftig in die DRG I20B *Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks [...]* einsortiert. Der Wechsel von Femurkopf- bzw. Hüftgelenkpfannenendoprothesen führt dann, sofern diese im Rahmen von beidseitigen bzw. mehrzeitigen Eingriffen durchgeführt werden, in die Basis-DRGs I01 oder I03 *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff*.

Zahlreiche Vorschläge betrafen auch in diesem Jahr die Abbildung verschiedener Leistungen in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß*. Die vorgebrachten Problembeschreibungen führten u.a. zu einer Abbildung sämtlicher Sehneneingriffe am Fuß in die Basis-DRG I20. Die aufwendigen Sehneneingriffe am Rückfuß und der Fußwurzel werden ebenso in der DRG I20B abgebildet wie bestimmte Osteotomien am Kalkaneus. Ebenfalls aufgewertet werden Fälle mit Diagnosen für Arthritiden sowie Osteomyelitiden am Fuß sowie die Implantation von alloplastischem Knochenersatz an bestimmten Lokalisationen am Fuß durch Zuordnung zur DRG I20C *Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, mit komplexem Eingriff, bei schwerem Weichteilschaden, bei Osteomyelitis/Arthritis, mit Knochentransplantation, mit Implantation einer Zehengelenkendoprothese oder bei Kalkaneusfraktur*.

In der Traumatologie führte die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems u.a. bei offenen Repositionen des Beckens durch verschiedene Osteosyntheseverfahren zu einer Aufwertung dieser Leistungen in die DRGs I08A *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff [...]* oder mit *bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur* und I08C *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingr. od. sehr*

*kompl. Diagn., Alter > 15 J. od. mit kompl. Eingr. od. äuß. schweren CC bei Para-/Tetrapl. od. Beckenfraktur [...]. Osteosyntheseverfahren werden im G-DRG-System 2012 differenzierter und damit sachgerechter abgebildet: Bestimmte aufwendige Repositionen von Humerus, Radius, Ulna, Tibia und Fibula sowie der Sprunggelenke werden in der DRG I13A *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwendiger Osteosynthese* aufgewertet. Dieser Umbau berücksichtigt u.a. ebenso wie die durch Split neu geschaffene DRG I31A *Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm*, in der bestimmte Osteosynthesen des Unterarms aufgewertet wurden, neben teuren Einzelverfahren auch die besonders aufwendigen Kombinationen von Osteosyntheseverfahren, die in den Kalkulationsdaten des Datenjahres 2010 erstmalig nach den Änderungen des OPS-Katalogs Version 2010 an dieser Stelle analysierbar waren.*

Die im diesjährigen Vorschlagsverfahren eingegangenen Hinweise sorgten – in Fortführung der differenzierten Abbildung der einzelnen Verfahren bei Eingriffen an der Klavikula des Vorjahrs – für eine verbesserte Sachgerechtigkeit: Bestimmte aufwendige Osteosynthesen an der Klavikula wurden in die I29Z *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula* aufgewertet. An dieser Stelle sei zudem auf die Überführung bestimmter Codes für Knochentransplantation, Implantation von alloplastischem Knochenersatz, Korrekturosteotomien an Klavikula bzw. Skapula aus den Reste-DRGs I28B und I28C in die spezifischen DRGs I16Z *Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula* und I29Z verwiesen. Auf die Problematik der sogenannten Reste-DRGs wird im gleichnamigen Kapitel 3.3.2.19 näher eingegangen. Aufgeführt sei ferner die Abwertung kleinflächiger Gewebetransplantationen innerhalb der Basis-DRGs I02 und I22 sowie in die Basis-DRG I27 *Kleinflächige Gewebetransplantationen ohne schwere CC oder Eingriffe am Weichteilgewebe*, die infolge von Hinweisen aus dem Anfrageverfahren analysiert wurden.

3.3.2.26 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Abbildung von Kindern mit Hilfe spezieller Altersplits für Kinder untersucht. Dies führte für 2012 zu insgesamt 203 „Kindersplits“, was einem Anstieg um 17 DRGs im Vergleich zu 2011 entspricht. Davon können 87 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 116 DRGs (2011: 91) 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.

Die Untersuchung der Abbildung von intensivmedizinisch versorgten Kindern war einer der Schwerpunkte der Revision des G-DRG-Systems für 2012. Seit dem OPS Version 2010 erfolgt die Differenzierung der Codes für *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* (Kodebereich 8-98d) anhand von Aufwandspunkten analog dem TISS/SAPS-Score anstatt anhand von Stunden. Damit war für 2012 eine detaillierte Analyse dieser Fälle möglich. Dies führte durch Ergänzung der entsprechenden Punkteklassen für Kinder in allen Intensivmedizin-DRGs, die für Erwachsene nach Aufwandspunkten differenziert sind, zu einer erheblichen Aufwertung von Kindern mit aufwendigen intensivmedizinischen Leistungen. Durch diesen Umbau bedingt ist auch die

oben erwähnte Steigerung der Zahl von DRGs, bei denen das Kindesalter zu einer Höhergruppierung des jeweiligen Falles führt. Ausführliche Erläuterungen zum Thema Intensivmedizin finden Sie im Kapitel 3.3.2.14.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde die Abbildung von Fällen mit operativem Verschluss einer Blasenektrophie in der MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane* untersucht. Dies führte für 2012 zur Aufnahme der Prozeduren aus dem Codebereich 5-578.7 *Verschluss einer Blasenektrophie* in die DRG L02A *Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeral-eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie*. Damit wurden diese Extremkostenfälle, die zuvor beispielsweise in der DRG L03Z *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm* abgebildet wurden, deutlich aufgewertet.

Hervorzuheben für den Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei einem neuen unbewerteten sowie bei zwei neuen bewerteten Zusatzentgelten für Medikamente wie z.B. beim ZE2012-91 *Gabe von Dasatinib, oral*. Weitere Informationen bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2012 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich in den Kapiteln 3.3.2.18 zum Themenbereich Onkologie sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 zum Themenbereich Zusatzentgelte.

MDC 15 Neugeborene

Die Änderungen am Gruppierungsalgorithmus der MDC 15 für die G-DRG-Version 2012 beschränken sich im Wesentlichen auf die beiden Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* sowie das Splitkriterium „anderes Problem“, das – wie die beiden genannten Funktionen – in der MDC 15 zahlreiche DRGs definiert. Grundlage für die vollzogenen Änderungen waren dabei sowohl Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren als auch eigene Analysen. Aufgewertet werden konnte beispielsweise die Diagnose für die angeborene hypertrophische Pylorusstenose durch Aufnahme in die Funktionen *Schweres Problem* bzw. *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen*. Im Gegenzug konnten auch unspezifische Diagnosen z.B. für sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs oder für nicht näher bezeichnete Hautveränderungen aus den genannten Splitkriterien gestrichen werden, was insgesamt eine Schärfung der betroffenen DRGs bedeutet. Wie im vergangenen Jahr wurden auch für 2012 wieder Diagnosen untersucht, die in der Praxis immer wieder Streitpotential hinsichtlich der Kodierbarkeit bieten. Zu nennen sind hier beispielsweise die Diagnosen für das Syndrom des Kindes einer Mutter mit gestationsbedingtem Diabetes mellitus bzw. einer diabetischen Mutter. Es zeigte sich in den durchgeführten Analysen, dass Fälle mit diesen Diagnosen nicht mehr mit höheren Kosten verbunden waren. Dementsprechend erfolgt ab 2012 die Abbildung aufwandsadäquat über das Splitkriterium „anderes Problem“.

3.3.3 Bewertung bisher unbewerteter Leistungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012 wurde eine generelle Überprüfung von Leistungen, für die bisher krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden mussten, auf eine mögliche bundesweit einheitliche Pauschalierung hin vorgenommen.

Die im letzten Jahr erstmalig vorgenommene Bewertung der DRG B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation* basierend auf den seit der OPS-Version 2009 vorliegenden spezifischen 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) wurde in diesem Jahr eingehend untersucht und bestätigt. Ebenfalls bestätigt wurde die Bewertung der DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt*.

Im Bereich der bisher unbewerteten Zusatzentgelte konnten die folgenden Verfahren für 2012 in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2012 überführt werden:

- ZE132 *Implantation eines Wachstumsstents*
- ZE133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems*

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

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 gelang es erneut, eine Vielzahl von Leistungen, die in den vergangenen Jahren als neu und noch nicht sachgerecht vergütet anerkannt wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder durch klassifikatorische Änderungen im DRG-System zu integrieren.

NUB-Leistungen, die als Zusatzentgelte abgebildet werden konnten, sind in Tabelle 17 zusammenfassend dargestellt.

NUB-Verfahren	Status 2011	ZE2012	Bezeichnung Zusatzentgelt
Micafungin	1	ZE128	Gabe von Micafungin, parenteral
Tocilizumab	1	ZE129	Gabe von Tocilizumab, parenteral
Dasatinib	1	ZE2012-91	Gabe von Dasatinib, oral
Catumaxomab	1	ZE2012-92	Gabe von Catumaxomab, parenteral
Intraarterielle Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga (Aufnahme in bestehendes unbewertetes ZE)	1	ZE2012-71	Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga

Tabelle 17: Leistungen mit NUB-Status 1, ab G-DRG-Version 2011 als Zusatzentgelt abgebildet

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten wurden drei Leistungen in die Definitionen von Fallgruppen aufgenommen. So wurde das Verfahren *Eximer-Laser-Extraktion von Schrittmacher- und Defibrillatorelektroden* in die Definition mehrerer DRGs für Schrittmacherimplantation bzw. -revision (F12C, F12E und F18A/B) aufgenommen und somit in einem ersten Schritt innerhalb der Klassifikation aufgewer-

tet. Des Weiteren wurde die NUB-Leistung *Endovaskuläre Implantation einer iliakalen Stent-Prothese mit Seitenarm in die A. iliaca interna ohne Beteiligung der Aorta* in die F51B *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination* integriert. Als drittes Verfahren wurde die Leistung *Ereignisrekorder, implantierbar, gemeinsam mit Ablation* für bestimmte Fälle der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* aufgewertet, indem die Implantation eines Ereignisrekorders in die Definition der DRG F50A *Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders* aufgenommen wurde.

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. der Einsatz eines Excimer-Lasers bei der Entfernung von Schrittmacher- oder Defibrillatorelektroden, 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 Kostangaben 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. Neben der Überprüfung von Leistungen mit NUB-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. Zum anderen kann die Beurteilung mit NUB-Status 2 aufgrund dieser Analysen bestätigt 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 Sortierung

Vorgehensweise

Zur Vermeidung der Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ wird im G-DRG-System eine Sortierung durchgeführt. Umfang und Vorgehensweise entsprechen weitgehend den Vorjahren:

- Konsequente Sortierung aller DRGs innerhalb der operativen und innerhalb der anderen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation
- In der medizinischen Partition hingegen kann in der Regel auf eine Sortierung verzichtet werden, da die DRGs über Hauptdiagnosen definiert und damit disjunkt sind.
- Vollständige partitionsübergreifende Sortierung in den MDCs 04, 05 (erstmals für 2011), 17, 18A und 18B
- Sortierung zwischen anderer und medizinischer Partition in den MDCs 06, 07 und 11
- Einsortierung endoskopischer Eingriffe und komplexer therapeutischer ERCPs (DRGs H40Z und H41A) in die operative Partition der MDC 07 (erstmals für 2007)
- Sortierung der kardiothorakalen und Gefäßeingriffe in die sonst disjunkten DRGs der MDC 15 entsprechend ihren Kosten (erstmals für 2009)
- Sortierung aller DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ihren Kosten entsprechend in die Abfragereihenfolge der Prä-MDC (erstmals für 2009)
- In den MDCs 12 und 13 werden die medizinischen Tumor-DRGs und entsprechende Strahlentherapie-DRGs individuell bei der Sortierung berücksichtigt.

Veränderungen für 2012

Für 2012 sind darüber hinaus zwei besondere Konstellationen erwähnenswert: Die DRG B13Z *Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG* wird entsprechend ihrer Bewertungsrelation innerhalb der Abfragereihenfolge der Prä-MDC abgefragt. Somit werden zukünftig entsprechende Fälle aufgewertet und nicht mehr Fehler- und sonstigen DRGs zugeordnet. Des Weiteren wird in der MDC04 die neu etablierte DRG E78Z *Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung bis 2 Belegungstage* zu Anfang der medizinischen Partition abgefragt. Diese ist über eine Prozedur- und Verweildauerbedingung definiert und somit nicht disjunkt zu den anderen DRGs der medizinischen Partition. Um eine von der Hauptdiagnose unabhängige Zuordnung aller vergleichbaren Fälle in diese DRG zu ermöglichen, wird die DRG E78Z jedoch nicht ihren Kosten entsprechend einsortiert. Diese Änderung wird ausführlich in Kapitel 3.3.2.16 erläutert.

3.3.5.2 Sogenannte Langliegerproblematik

Innerhalb einer gesplitteten Basis-DRG weist DRG A gewöhnlich ein höheres Relativgewicht auf als DRG B. In Einzelfällen kann es jedoch vorkommen, dass DRG A durch DRG B aufgrund ihres Verweildauerzuschlages „überholt“ wird und bei längerer Verweildauer ein höheres Entgelt erbringt. Ein vorhandener Split anhand von Komplikationen und Komorbiditäten (CC) führt dann dazu, dass kompliziertere Behandlungsfälle geringer vergütet werden, und bietet möglicherweise einen Anreiz zum „Downcoding“ durch Weglassen relevanter Codes.

Im G-DRG-System 2011 trat dieses Phänomen beispielsweise in der Basis-DRG G29 *Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag* auf, die in die DRG G29A *mit äußerst schweren CC* und G29B

ohne äußerst schwere CC anhand der Splitbedingung PCCL > 3 (patientenbezogener Gesamtschweregrad) geteilt war. Für DRG G29B wies der Fallpauschalen-Katalog 2011 ein geringeres Relativgewicht aus als für DRG G29A, jedoch einen höheren Verweildauerzuschlag. Zudem wurde der Verweildauerzuschlag in DRG G29B bereits ab dem 10. Behandlungstag berechnet, in DRG G29A jedoch erst ab dem 22. Behandlungstag. Dadurch konnte für Behandlungsfälle mit Verweildauern ab 14 Tagen in DRG G29B ein höherer Erlös erzielt werden. Fälle mit geringerem Komplikations- und Komorbiditätslevel aufgrund weniger CC-relevanter Nebendiagnosen konnten also die höher bewertete Fallpauschale erlangen.

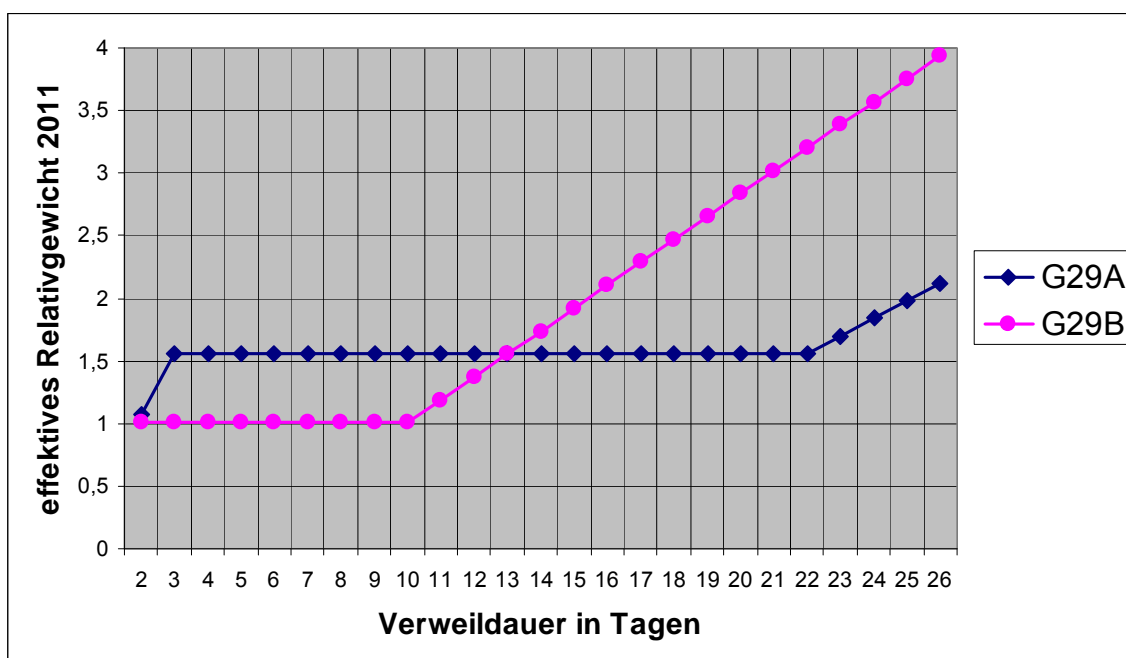


Abbildung 11: G29A mit äußerst schweren CC, G29B ohne äußerst schwere CC

Die problematische Eingruppierung solcher Fälle konnte zu Kodierstreitigkeiten führen und die Vergütungsgerechtigkeit in Frage stellen. Um die Unstimmigkeiten zu beseitigen, wurden in Extremfällen die betroffenen DRGs zusammengefasst. Entsprechend reduzierte sich die Anzahl von PCCL-Splits. Davon betroffen sind im G-DRG-System 2012 die Basis-DRGs D20, G29 und V60.

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

3.3.6.1 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die ab 1. Januar 2012 gültige ICD-10-GM Version 2012 enthält insgesamt 13.348 terminale Codes und somit 6 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2011 (13.342). 99% dieser Codes (13.335) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes.

Der OPS Version 2012 enthält insgesamt 27.990 terminale Codes. Das sind 477 Codes mehr als im OPS Version 2011 (27.513). Die Mehrzahl dieser Codes (95%, 26.684)

zeigt ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf den Kode bzw. die inhaltliche Leistungsbeschreibung.

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM Version 2012 und OPS Version 2012 konnten wie auch im vergangenen Jahr ausschließlich beim DIMDI eingereicht werden. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2012 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 2012 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Beispielhaft genannt werden kann hier der Prozedurenkode 8-530.60 *Intravenöse Therapie mit radioaktiven rezeptorgerichteten Substanzen, Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga*. Für dieses Verfahren wurde das unbewertete Zusatzentgelt ZE2012-71 *Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga* in den Fallpauschalen-Katalog 2012 aufgenommen.

Darüber hinaus wurden neue Codes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2012 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 Kode für die *Art der Metallspiralen zur selektiven Embolisation, großvolumige Metallspiralen, überlang [Volumencoils]* (OPS-Kode 8-83b.35).

Weiterhin gibt es zahlreiche neue OPS-Kodes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2012 im OPS zu finden sind, wie z.B. Kodes aus 6-004.5 *Applikation von Medikamenten, Liste 4: Micafungin, parenteral* zur Definition der Dosisklassen bei dem Zusatzentgelt ZE128 *Gabe von Micafungin, parenteral*.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch in der ICD-10-GM Version 2012 bestehende Diagnosekodes differenziert bzw. neue Codes aufgenommen, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. Beispielsweise wurden die ICD-Kodes für *Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten (I80.2-)* und sonstiger Lokalisationen (I80.8-) sowie eine Embolie und Thrombose sonstiger näher bezeichneter Venen (I82.8-) nach jeweils betroffener Lokalisation neu differenziert.

3.3.6.2 Überleitung auf die ab 1. Januar 2012 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2010 (Datenjahr 2010). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2010 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2010 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2012 stand zunächst die G-DRG-Version 2010/2012 zur Verfügung. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2012 anhand der im Datenjahr 2010 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2012 für die Gruppierung im Jahr 2012 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern waren zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2010/2012 auf das G-DRG-System 2011/2012 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 2011 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2010 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2011/2012. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2010/2011 auf die G-DRG-Version 2011 vorgenommen wurden. Diese sind im Abschlussbericht des Jahres 2011 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2011/2012 auf die G-DRG-Version 2012 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die beiden Übergangsversionen sollen es den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2012 auf der Basis der Leistungsdaten der Jahre 2010 bzw. 2011 zu führen. Zu diesem Zweck wurden sie bereits vor Veröffentlichung der G-DRG-Version 2012 auf der Homepage des InEK zur Verfügung gestellt. Dabei sollten die für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“ (siehe unten) berücksichtigt werden.

Die Vorgehensweise bei der Überleitung der Codes der ICD-10-GM und des OPS wird im Folgenden näher erläutert.

3.3.6.3 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 2012 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die der „Vorgängerkode“ in der Version 2011/2012 gehabt hat. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise den im Jahr 2012 neu etablierten fünfstelligen Codes aus R77.8-*Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine* die Funktion des im

Jahr 2011 gültigen vierstelligen Kodes R77.8 *Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine* zugewiesen.

Alter Kode (ICD-10-GM Version 2011):

R77.8 *Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine*

Neue Kodes (ICD-10-GM Version 2012):

R77.80 *Veränderung des prostataspezifischen Antigens [PSA]*

R77.88 *Sonstige näher bezeichnete Veränderungen der Plasmaproteine*

Die neuen Kodes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Kode R77.8 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2012:

In jede Tabelle des G-DRG-Systems 2011/2012, in welcher der alte ICD-Kode R77.8 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2012 jeweils beide neuen Kodes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosekodes
- Hauptdiagnosentabelle der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*
- Hauptdiagnosentabellen der Basis-DRGs R01 *Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren*, R03 *Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur [...]*, R11 *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren* und R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*

Darüber hinaus werden neue Kodes in Bezug auf die CCL-Matrix und die CC-Ausschlüsse wie der „Vorgängerkode“ behandelt.

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

In einigen Fällen ist es sinnvoll, von der klassifikatorischen Überleitung abzuweichen. So hat das DIMDI in der klassifikatorischen Überleitung die neuen OPS-Kodes 5-38a.78, 5-38a.79 und 5-38a.7a für *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Aorta thoracica: Rohrprothese, mit Seitenarm/en und Fenestrierung/en in Kombination* auf den Vorgängerkode 5-38a.x *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen: Sonstige* übergeleitet. Damit würden diese OPS-Kodes im G-DRG-System 2012 eine Gruppierungsrelevanz u.a. in der Basis-DRG F39 *Unterbindung und Stripping von Venen* erhalten.

Für die neuen OPS-Kodes 5-38a.78, 5-38a.79 und 5-38a.7a ist aus Sicht der Überleitung des G-DRG-Systems geboten, eine am Gruppierungsalgorithmus orientierte, vom DIMDI abweichende Überleitung auf den Kode 5-38a.72 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen, Aorta thoracica, Rohrprothese, mit 1 Fenestrierung* aus dem OPS Version 2011 vorzunehmen, da dieser den neuen Kodes aus medizinischer und ökonomischer Sicht eher entspricht. Fälle mit diesen Leistungsbezeichnern werden aufgrund dieser Überleitung im G-DRG-Algorithmus 2012 innerhalb der MDC 05 nicht der Basis-DRG F39 *Unterbindung und Stripping von Venen* zugeordnet, sondern stattdessen in der Basis-DRG F51 *Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta* abgebildet.

Überleitung unter Anpassung des Gruppierungsalgorithmus

Bei komplexen Änderungen der Klassifikationssysteme kann es notwendig werden, den Gruppierungsalgorithmus so anzupassen, dass Fälle mit vergleichbaren Diagnosen und vergleichbaren durchgeführten Behandlungsverfahren weiterhin gleich eingruppiert werden.

Eine solche Situation ergab sich für die G-DRG-Version 2012 im Gebiet der Mammachirurgie. Der Codebereich 5-87 *Exzision und Resektion der Mamma* wurde im OPS Version 2012 grundlegend überarbeitet. Hierbei wurden die Codebereiche 5-871 *Partielle Exzision der Mamma mit axillärer Lymphadenektomie*, 5-873 *Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie* und 5-875 *Supraradikale Mastektomie mit Pektoralisresektion und Lymphadenektomie* gestrichen. Die axilläre Lymphadenektomie ist nun immer gesondert zu kodieren. Daher wurden die Eingruppierungslogiken der DRGs J16Z und J23Z so angepasst, dass Fälle mit einer Mammaresektion und gleichzeitiger axillärer Lymphadenektomie weiterhin dort eingruppiert werden.

3.3.6.4 Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden verschiedene Varianten für die Berücksichtigung im G-DRG-System 2012:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Codes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS dar. Aufgrund des Fehlens von Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Beispiele sind der neu in den OPS Version 2012 aufgenommene Code 3-902 *Radiofrequenzspektroskopie von Brustgewebe* oder der Codebereich 5-869.4 *Andere Operationen an den Bewegungsorganen: Einzeitige Mehrfacheingriffe an Mittelhand- und/oder Fingerstrahlen*. Diese Codes sind im G-DRG-System 2012 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Die Codes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2011 oder 2012 neu etablierte OPS-Codes sind in den regulären Kalkulationsdaten, die dem InEK bei der Entwicklung des G-DRG-Systems 2012 vorliegen, nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, diese über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Codes im Rahmen der Kalkulation zu untersuchen und gegebenenfalls dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen.

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

Dieses Verfahren wurde für die Abbildung einiger neu aufgenommener OPS-Kodes angewandt. So wurde z.B. der ab dem Jahr 2012 gültige OPS-Kode 8-827 *Apherese der löslichen, FMS-ähnlichen Tyrosinkinase 1 [sFlt-1-Apherese]* in der G-DRG-Version 2012 so eingebunden, dass eine Berücksichtigung analog der bereits existierenden OPS-Kodes aus 8-820.- *Therapeutische Plasmapherese* erfolgt. Damit wurde eine Gruppierungsrelevanz in den Funktionen *Komplizierende Konstellationen* analog der anderen Aphereseverfahren sichergestellt.

3.3.6.5 Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2010/2012 und der G-DRG-Version 2012 zu erhalten. Allerdings ist die unkritische Übernahme der Gruppierungsergebnisse der G-DRG-Versionen 2010/2012 für die Daten aus 2010 und 2011/2012 für die Daten aus 2011 nicht in jedem Fall zielführend. Verantwortlich dafür können Änderungen des Grouperalgorithmus, der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), der ICD-/OPS-Kataloge oder der Abrechnungsbestimmungen sein. Zur korrekten Würdigung der Gruppierungsergebnisse mit den unterschiedlichen Versionen veröffentlicht das InEK jeweils ergänzend „Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung“ auf seiner Internetseite.

3.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Wie auch schon in den vorausgegangenen Jahren lag der Schwerpunkt der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien auf der Einarbeitung von Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen. Zusätzlich erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2012.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P005k: Klarstellung der Kodierung von multiplen Prozeduren bzw. von Prozeduren, bei denen nach Größe, Zeit oder Anzahl unterschieden wird durch Zusammenführung der Inhalte der bisherigen DKR P005h und der DKR P012d, die anschließend gestrichen wurde.
- DKR P013k: Anpassung an die Änderungen des OPS hinsichtlich der Kodierung von Reoperationen an Brustwand, Pleura, Mediastinum und Zwerchfell. Dies wurde zusätzlich durch die Aufnahme eines neuen Beispiels erläutert.
- DKR 1916k: Anpassung der Kodierung der Hauptdiagnose bei Fällen, bei denen die stationäre Aufnahme wegen einer mit der Vergiftung in Zusammenhang stehenden Manifestation erfolgt, an die Regelungen zur Kodierung unerwünschter Nebenwirkungen von Arzneimitteln in DKR 1917d. Inhalte aus der DKR 1918a wurden dabei übernommen und diese anschließend gestrichen.

Im Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2012 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

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 2012 umfasst insgesamt 1.193 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2011 bietet die folgende Tabelle 18:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2012	1.193	- 1
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.148	- 1
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	40	0
davon rein teilstationäre DRGs	5	0
davon bewertet (Anlage 1c)	1	- 1
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	23	0
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	320	+ 19

Tabelle 18: Überblick über das G-DRG-System 2012

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 2012) befinden sich 86 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 82). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2012) liegt bei 64 (Vorjahr: 64).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2012 blieb die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2011 konstant bei 40 DRGs.

Die als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs wurden abschließend definiert, so dass lediglich die Vergütungshöhe dieser DRGs krankenhausindividuell nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu verhandeln ist.

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2012 dazu, dass sich die 40 in Anlage 3a der FPV 2012 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden erneut über 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. 90 angefragte Methoden/Leistungen für die Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog analysiert.

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die 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 2011 um 4 auf insgesamt 86.

Tabelle 19 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2012 im Vergleich zum G-DRG-System 2011:

	G-DRG-System 2011	G-DRG-System 2012
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	29	31
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	52	52
Besondere Behandlungsformen	1	3
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	35
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	24	26
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	146	150

Tabelle 19: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2011 und 2012

Zu den besonderen Behandlungsformen zählen die *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130), die *hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen* (ZE131) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie die *anthroposophische Komplexbehandlung* (ZE2012-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2012-36) und die *naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2012-40) (jeweils Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG).

Die Selbstverwaltungspartner haben in ihrer Vereinbarung zur Bestimmung Besonderer Einrichtungen für das Jahr 2011 das InEK beauftragt, die als Besondere Einrichtungen geführten Palliativstationen einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Vor dem Hintergrund der Einführung der Zusatzentgelte für hochaufwendige Pflege im G-DRG-System für 2012 sowie die Einführung des neuen OPS-Kodes für spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung zum 01.01.2012 wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2012 keine Tiefenanalyse der Besonderer Ein-

richtungen durchgeführt. Das Zusammenwirken der Zusatzentgelte für palliativmedizinische Komplexbehandlung und für hochaufwendige Pflege einerseits sowie die kalkulatorischen Auswirkungen des neuen OPS-Kodes andererseits können erst mit dem Datenjahr 2012 im Rahmen des Selbstverwaltungsauftrags zur genauen Untersuchung der Palliativstationen analysiert werden. Das differenzierte Zusatzentgelt für die palliativmedizinische Komplexbehandlung wurde in der im Vorjahr ausführlich beschriebenen Vorgehensweise berechnet.

Wie bereits im Vorjahr konnten sämtliche Dialyseverfahren bewertet werden. Auf der Grundlage verbesserter Daten konnte in diesem Jahr eine größere Fallmenge plausibler Daten zur Kalkulation der bereits bestehenden Zusatzentgelte verwendet werden. Die unbewerteten Dialyseverfahren des Vorjahres blieben allerdings weiterhin unbewertet.

Für die Zusatzentgelte ZE01.02 *Hämodialyse, intermittierend, Alter < 15 Jahre* und ZE61 *LDL-Apherese* entsprach die Datenbasis aufgrund von Datenproblemen bei den jeweils fallzahlstarken Kalkulationskrankenhäusern nicht den Anforderungen des Regelwerks. Zur Vermeidung einer temporären Verschiebung dieser Leistungen zwischen Anlage 2 (bewertet) und Anlage 4 (unbewertet) wurde für die Bewertung der jeweilige Vorjahreswert unverändert übernommen.

Nach eingehenden Analysen und Prüfungen der Falldaten gelang in diesem Jahr im Bereich der operativen und interventionellen Verfahren die Bewertung zweier zuvor der Anlage 4 zugeordneten Leistungen. Dies ist in erster Linie einer Zunahme der Fälle mit diesen Leistungen sowie einer qualitativen Verbesserung der Kalkulationsdaten geschuldet. Die Implantation eines Wachstumsstents, vormals als unbewertetes Zusatzentgelt ZE2011-68 in der Anlage 4 des Fallpauschalen-Katalogs abgebildet, definiert nun das neue, bewertete ZE132. Ebenso war erstmals die Bewertung der bislang krankenhausesindividuell zu vereinbarenden perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems möglich. Für das gleichlautende ZE133 sind nun differenzierte Beträge definiert.

Einen Sonderfall stellt der Bereich der Harnkontinenztherapien dar. Im Vorjahr wurde das ZE 90 *Adjustierbare Harnkontinenztherapie* allein definiert durch den OPS-Kode 5-596.70 *Andere Harninkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation*. Die Analyse der vorliegenden Kalkulationsdaten ergab, dass Fälle mit konkurrierenden, bislang nicht als Zusatzentgelt vergüteten Verfahren Implantatkosten in vergleichbarer Höhe aufwiesen. Im Ergebnis wurden diese Leistungen zusammengefasst und definieren das neue ZE 134.

ZE	Bezeichnung	OPS Version 2012	
		OPS-Kode	OPS-Text
ZE134	Verschiedene Harnkontinenztherapien	5-594.31	Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit alloplastischem Material: Adjustierbar
		5-596.70	Andere Harnkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Implantation
		5-596.73	Andere Harnkontinenzoperationen: Adjustierbare Kontinenztherapie: Wechsel des Ballons
		5-598.0	Suspensionsoperation [Zügeloperation] bei Harnkontinenz des Mannes: Mit alloplastischem Material

Abbildung 12: ZE 134 Verschiedene Harnkontinenztherapien

Zwei zuvor als NUB definierte Medikamente konnten auf Basis der verfügbaren Daten neu als Zusatzentgelt definiert und bewertet werden (ZE128 *Gabe von Micafungin, parenteral* bzw. ZE129 *Gabe von Tocilizumab, parenteral*). Weiterhin setzte sich bei ZE17 *Gabe von Gemcitabin, parenteral* und ZE19 *Gabe von Irinotecan, parenteral* der schon im vergangenen Jahr beobachtete Preisverfall deutlich fort. Dies hatte eine weitere Streichung der unteren Dosisklassen zur Folge.

In die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden für das Jahr 2012 für Medikamentengaben zwei neue Zusatzentgelte aufgenommen, die im Jahr 2011 mit NUB-Status 1 versehen waren (ZE2012-91 *Gabe von Dasatinib, oral* bzw. ZE2012-92 *Gabe von Catumaxomab, parenteral*). Des Weiteren wurde die *Intraarterielle Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga* in das bestehende Zusatzentgelt ZE2012-73 *Radiorezeptorthherapie mit DOTA-konjugierten Somatostatinanaloga* aufgenommen. Diese Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnten jedoch wie alle in Anlage 4 des Fallpauschalen-Katalogs zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

Aus der Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden insgesamt zwei Zusatzentgelte gestrichen, weil die entsprechenden Präparate vom Markt genommen worden waren (ZE2011-83 *Gabe von Sitaxentan, oral* bzw. ZE2011 *Gabe von Gemtuzumab Ozogamicin*).

Zwei Zusatzentgelte, die in den vergangenen Jahren noch bewertet werden konnten, ZE2012-89 *Gabe von Paclitaxel, parenteral* bzw. ZE2012-90 *Gabe von Docetaxel, parenteral*, wurden dieses Jahr in die Liste der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG überführt. Diese Änderung ist letztlich durch einen – zeitlich versetzt eingetretenen – Preisverfall der beiden Substanzen begründet, der in der Folge bei einer inhomogenen Datenlage, die in Bezug auf Docetaxel darin bestand, dass der durchschnittliche Preis in den ergänzend abgefragten Kalkulationsdaten um ein Vielfaches über den aktuellen Preisen lag, keine Bewertung dieser beiden Zusatzentgelte zuließ. Bei perspektivisch weiterem Preisverfall ist für die Zukunft eine Streichung der beiden Zusatzentgelte denkbar.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2010, 2011 und 2012) von 1.200 auf 1.1194 und nun auf 1.193 gesunken. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.154 über 1.149 auf 1.148.

Angesichts dieser Entwicklung wurde auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht, in welcher Weise

- die geänderte Komplexität des Systems die Krankenhäuser betrifft und
- die leistungsgerechte Abbildung der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle durch das Absinken der Gesamtzahl der DRGs betroffen 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 vollstationären Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2010, dass weniger als 400 der rund 1.620 untersuchten Krankenhäuser in Deutschland während eines gesamten Jahres mehr als 500 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen. Rund 64% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (vgl. Abb. 13).

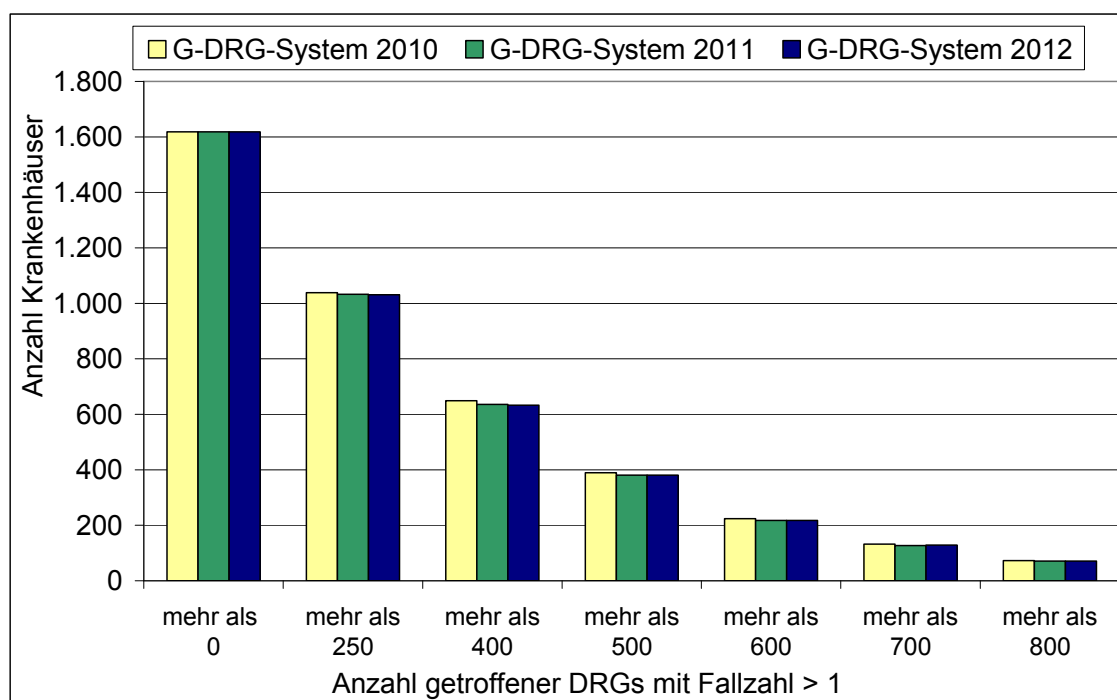


Abbildung 13: Anzahl getroffener DRGs pro Krankenhaus (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2010, 2011 und 2012, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2010

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 74% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist seit dem G-DRG-System 2010 nahezu unverändert (vgl. Abb. 14).

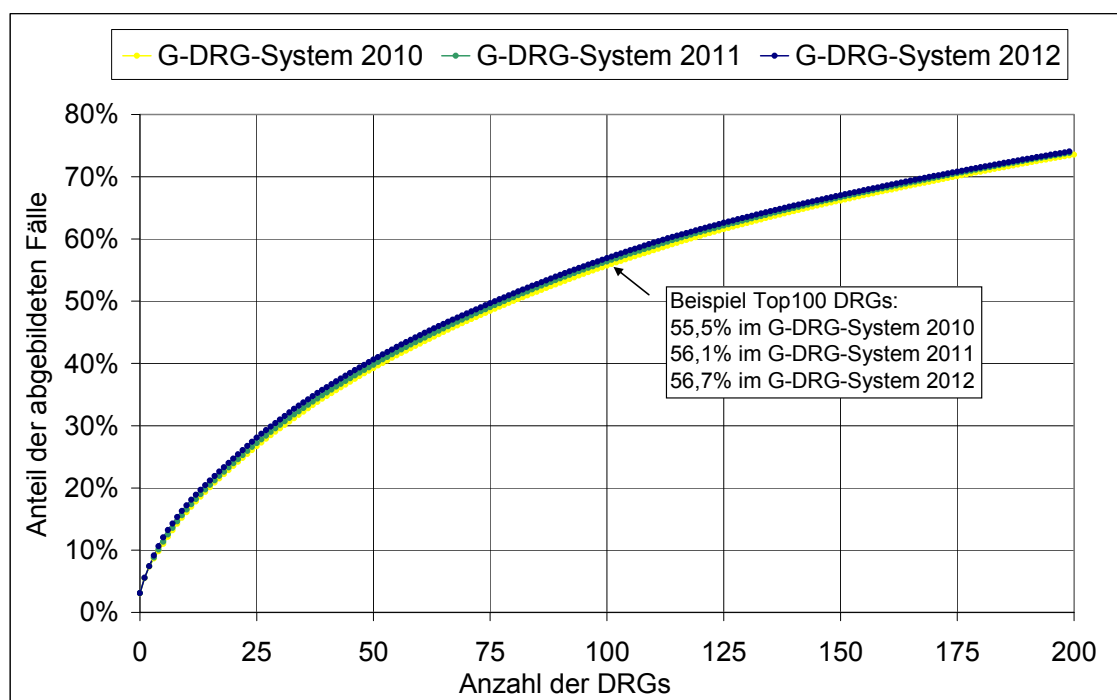


Abbildung 14: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2010, 2011 und 2012, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2010

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 15) wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen (HA) bzw. in belegärztlicher Versorgung (BA) analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versorgung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 77% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

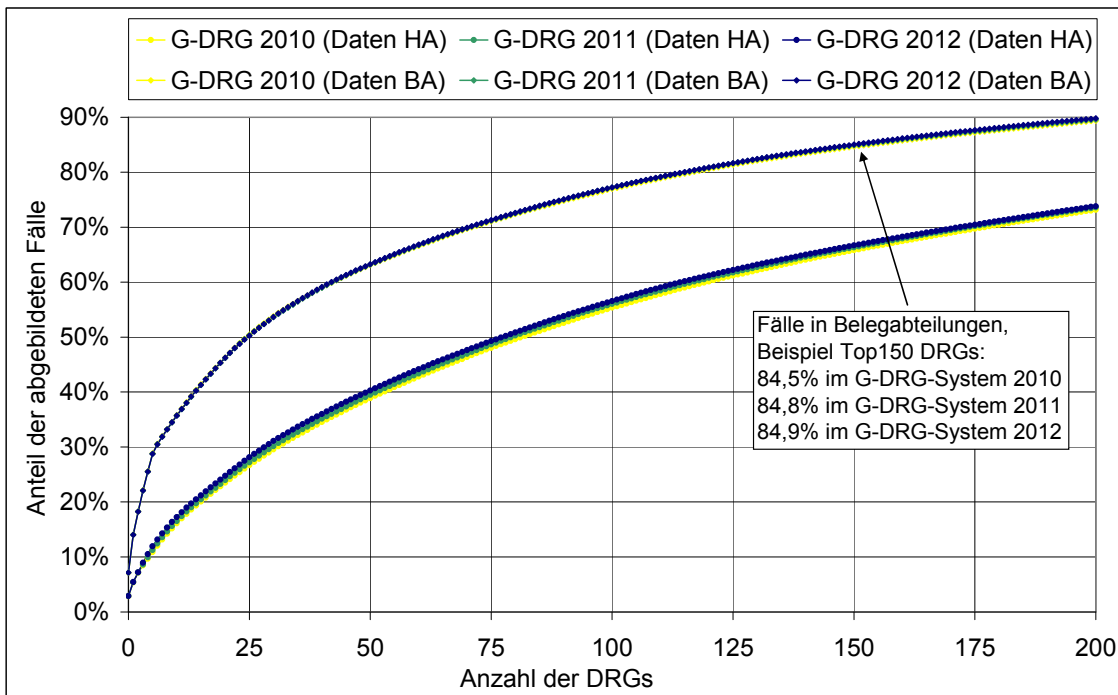


Abbildung 15: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2010, 2011 und 2012, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2010

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 78 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 67% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-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 2011 als auch nach dem G-DRG-System 2012 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 1.125 DRGs im G-DRG-System 2011 bzw. 1.124 DRGs im G-DRG-System 2012 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2012 im Vergleich zum G-DRG-System 2011 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 2010 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt. Es ergaben sich die folgenden Maße (siehe Tab. 20):

	G-DRG-System 2011	G-DRG-System 2012	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7524	0,7540	0,2
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8415	0,8440	0,3

Tabelle 20: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2011 und G-DRG-System 2012 (Basis: Datenjahr 2010)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,2% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8440 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2012 im Vergleich zur Version 2010 um 0,3% gesteigert werden.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 16 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 2012 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2012 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2011 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich (rechte Skala).

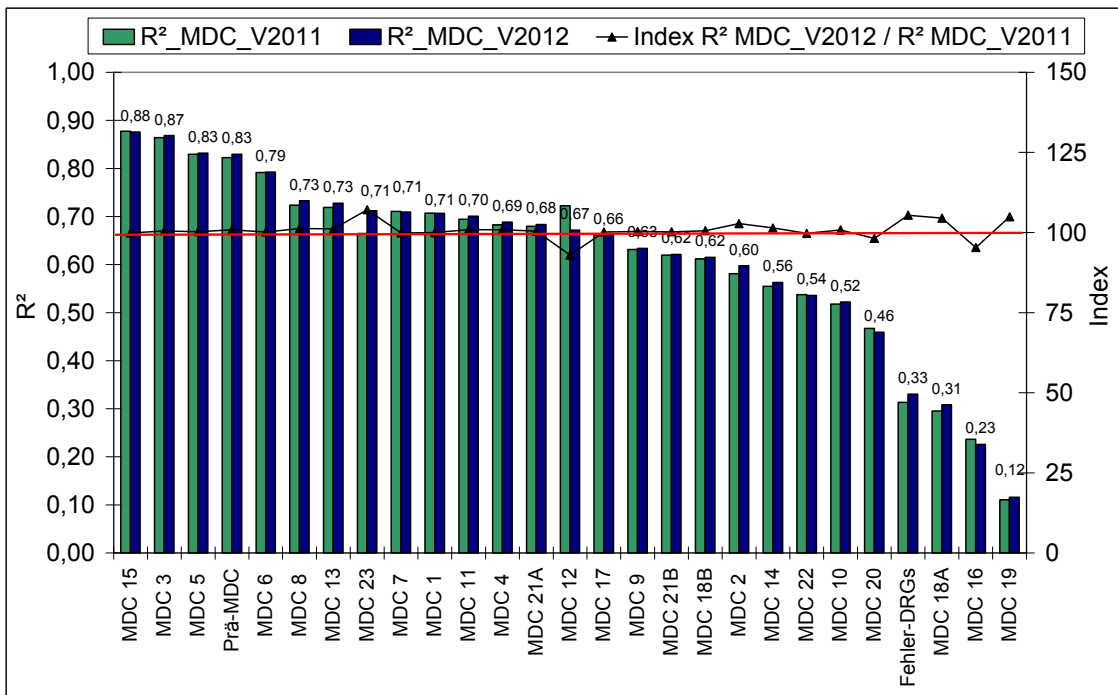


Abbildung 16: R²-Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2011 und 2012, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2012), Datenjahr 2010

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 2011 gegenüber der Version 2010 zu verzeichnen (Index >100).

In den folgenden MDCs

- MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* (Index 107,1),
- *Fehler-DRGs und sonstige DRGs* (Index 105,4),
- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 104,9) und
- MDC 18A *HIV* (Index 104,4)

wurden die deutlichsten prozentualen Steigerungen des R²-wertes erreicht.

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (49,5%), ist nur wenig verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7068 auf 0,7067 (Index 100,0)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8297 auf 0,8320 (Index 100,3)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7914 auf 0,7927 (Index 100,2)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7236 auf 0,7326 (Index 101,2)

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 2010) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 21):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2011		G-DRG-System 2012		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	31	2,8	27	2,4	- 12,8
60 bis unter 65%	96	8,5	99	8,8	+ 3,2
65 bis unter 70%	390	34,7	369	32,8	- 5,3
70 bis unter 75%	359	31,9	362	32,2	+ 0,9
75% und mehr	249	22,1	267	23,8	+ 7,3
Gesamt	1.125		1.124		

Tabelle 21: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-Systeme 2011 und 2012, Basis: Inlier, Datenjahr 2010

Die Klasse mit der höchsten Homogenität („75% und mehr“) steigt mit +7,4% deutlich an.

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

In Abbildung 17 ist neben den kumulierten Homogenitätsklassen (linke Skala) als Index das Verhältnis zwischen den Inlier-Fallanteilen in den jeweiligen Homogenitätsklassen für das G-DRG-System 2012 und für das G-DRG-System 2011 angegeben (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich.

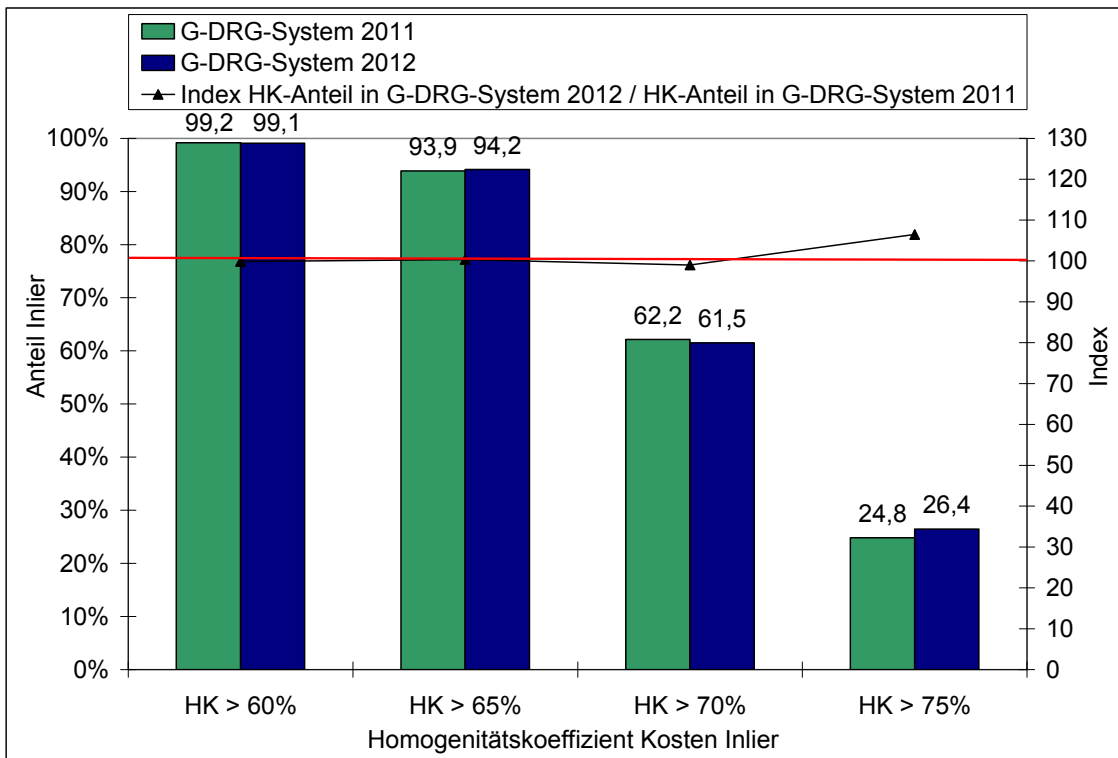


Abbildung 17: Vergleich der Fallkosten-Homogenitätsklassen für die G-DRG-Systeme 2011 und 2012 bezüglich Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2010

Die Verbesserung der Kostenhomogenität ist an der Zunahme des Inlier-Fallanteils in der höchsten Homogenitätskoeffizientenklasse 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 Abbildung 18 zeigt den Fallanteil in den zu den verschiedenen Klassen gehörenden DRGs für die G-DRG-Systeme 2011 und 2012.

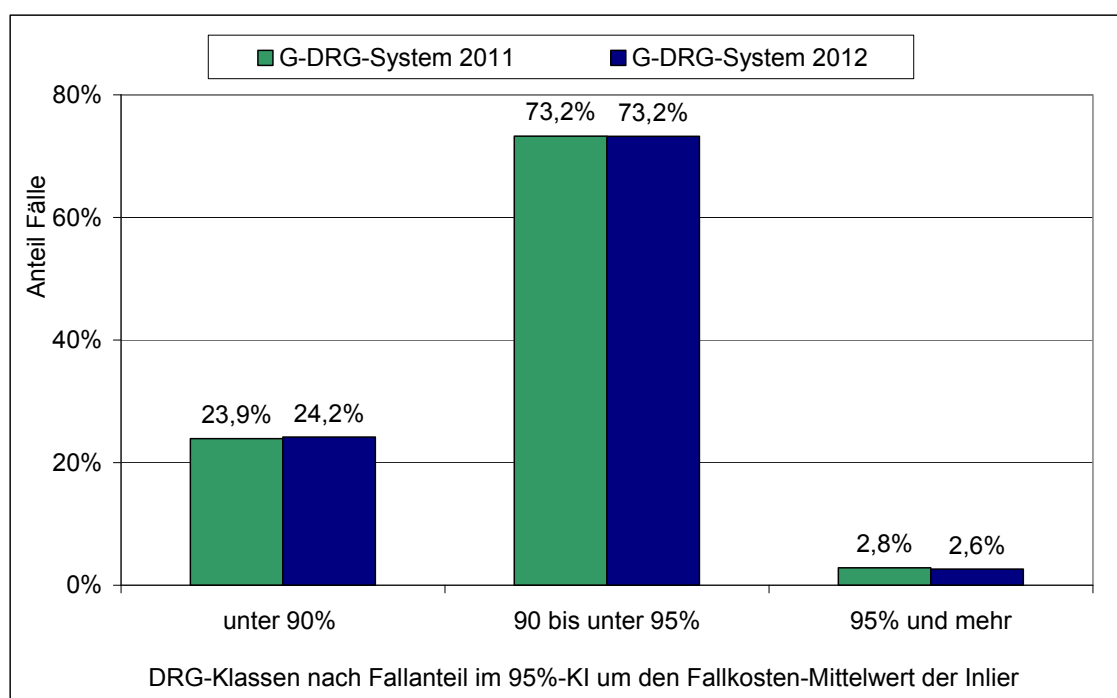


Abbildung 18: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für G-DRG-Systeme 2011 und 2012 bezüglich Fallanteil, Basis: Datenjahr 2010

Es wird deutlich, dass der Fallanteil in allen drei Anteilsklassen im G-DRG-System 2012 im Vergleich zum G-DRG-System 2011 keine nennenswerten Unterschiede aufweist.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2012.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2008, 2009 und 2010

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2008, 2009 und 2010 jeweils gemäß G-DRG-Version 2010 gruppierten, medizinisch plausibilisierten Fälle in Hauptabteilungen, ohne Fälle in expliziten Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen jeweils rund 16 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 2,3% vom Datenjahr 2008 zum Datenjahr 2009 sowie ein weiterer Rückgang von 1,9% vom Datenjahr 2009 zum Datenjahr 2010 (siehe Tab. 22).

Daten gem. § 21 KHEntgG	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2008	7,26		
Datenjahr 2009	7,09	- 0,17	- 2,3
Datenjahr 2010	6,96	- 0,13	- 1,9

Tabelle 22: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2008 bis 2010, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2010

Der Verweildauerrückgang im Vergleich der Datenjahre 2009 und 2010 in den Daten gem. § 21 KHEntgG verteilt sich ungleichmäßig auf die einzelnen DRGs. Während 687 DRGs (mit 89% aller Fälle) einen Rückgang von 0,1 bis unter 0,5 Tagen aufweisen, lässt sich für 203 DRGs, die zusammen ca. 5% der analysierten Fälle repräsentieren, ein Anstieg in der mittleren Verweildauer feststellen.

Betrachtet man nur die Datenjahre 2009 und 2010, so ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 23,8% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2010 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,21 Tagen bzw. 4,1%.

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 23 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2009 zum Datenjahr 2010 von 2,3% für Fälle in Hauptabteilungen bzw. 3,6% für Fälle in belegärztlicher Versorgung zu verzeichnen.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2008	6,87			4,93		
Datenjahr 2009	6,66	- 0,21	- 3,0	4,73	- 0,21	- 4,2
Datenjahr 2010	6,51	- 0,16	- 2,3	4,56	- 0,17	- 3,6

Tabelle 23: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2008 bis 2010, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (vgl. Tab. 22) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2010 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 6,96 noch 6,51 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 2,3% im Vergleich zu 1,9% 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. 19) verdeutlicht werden.

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

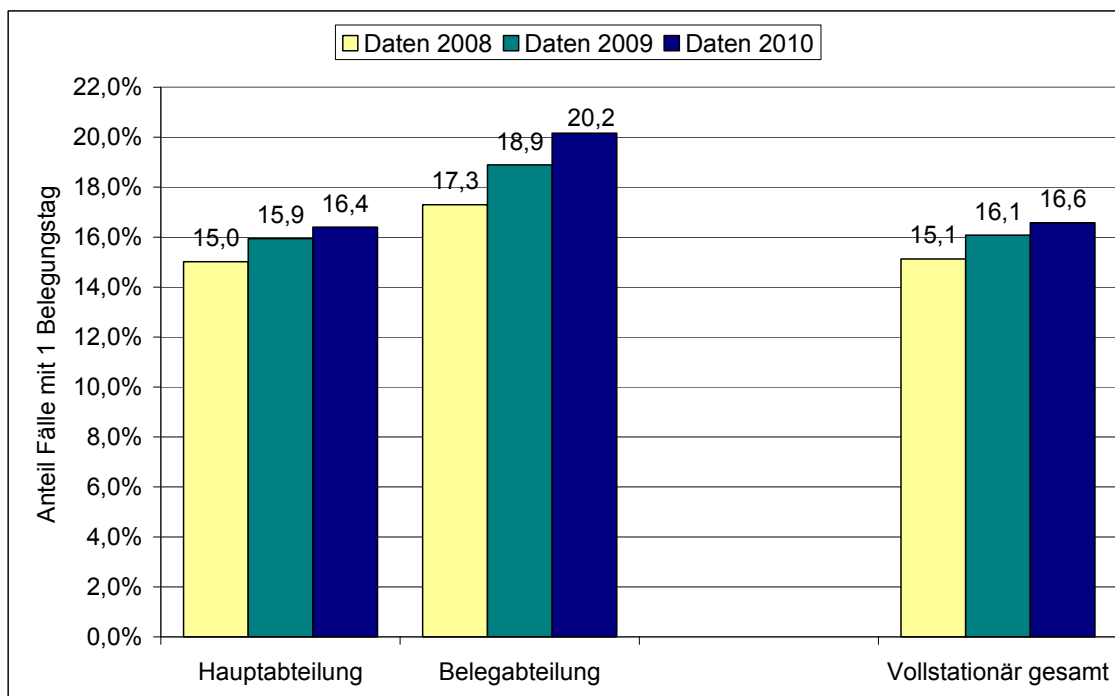


Abbildung 19: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntg, Datenjahre 2008 bis 2010

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 KHEntg verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2012 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 20,1 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntg 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 KHEntg wurde für die Analyse hilfsweise die Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer zugrunde gelegt.

Überblick über das analytische Vorgehen

- Eine Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zeigt auf, ob strukturelle Unterschiede zwischen den Verweildauern der Stichprobe (Daten der Kalkulationskrankenhäuser) und der Grundgesamt (Daten gem. § 21 KHEntgG) vorliegen.
- Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer fokussiert auf das Streuungsverhalten und bietet damit eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 23 Ein-Belegungstag-DRGs
- 42 DRGs mit weniger als 30 Fällen
- 5 rein teilstationäre DRGs

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 64 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.129 DRGs zugrunde.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abb. 20): Für 859 der 1.129 analysierten DRGs (76%) ist diese geringer als +/- 0,5 Tage, 1.036 DRGs (92%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.101 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

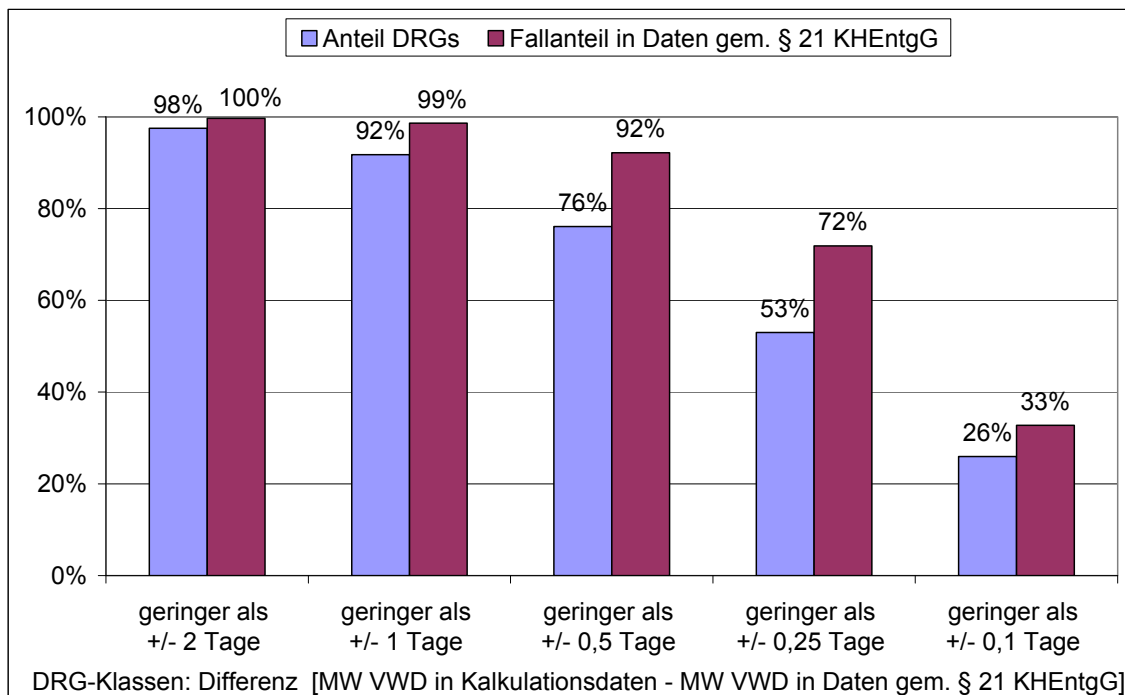


Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2010

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 72% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei der Abweichung von +/- 0,5 Tagen sind dies bereits 92% aller analysierten Fälle.

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 Streuungsverhaltens der Verweildauer möglich. Hierzu wird der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer herangezogen.

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 21 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG haben sehr ähnliche Verteilungen.

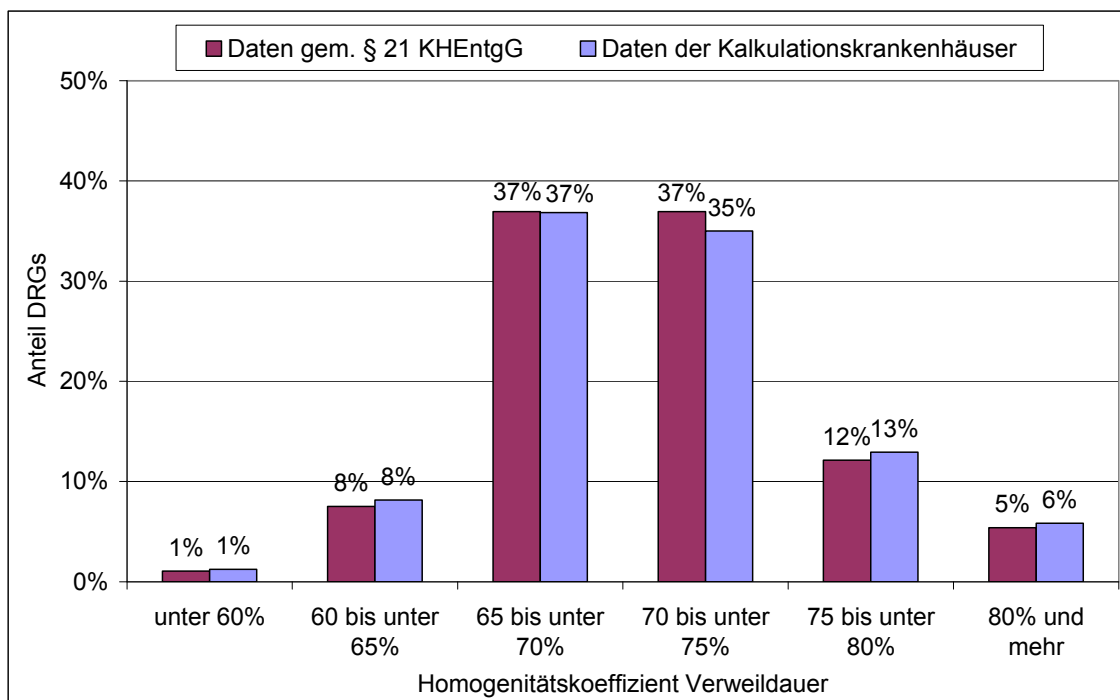


Abbildung 21: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Basis: Inlier, Datenjahr 2010

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 1.114 von 1.129 DRGs (99%) 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 1.028 DRGs (91% 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, der 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 2012 bildet somit die Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Kalkulation der Ausbildungskosten

In diesem Jahr fand die zweite Kalkulationsrunde zur Ermittlung berufsbezogener Ausbildungskosten statt. Ausbildungsstätten können sich seit dem letzten Jahr auf freiwilliger Basis an der Erhebung von Kostendaten beteiligen. Die teilnehmenden Ausbildungsstätten übermittelten nach den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation der Ausbildungskosten zusätzlich zu den gem. § 21 KHEntgG verpflichtenden Angaben in der Datei „Ausbildung“ einen nach Finanzierungstatbeständen differenzierten Kostendatensatz je Ausbildungsberuf. Das Kalkulationsergebnis besteht aus zwei Teilen, den Kosten der Ausbildungsstätte und den Mehrkosten der Ausbildungsvergütung. Die Kalkulation der Kosten der Ausbildungsstätte basiert auf den Daten der Datei „Ausbildungskosten“. Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sollen primär aus den Daten gem. § 21 KHEntgG ermittelt werden. An der Kalkulation 2011 nahmen 94 Ausbildungsstätten mit insgesamt 172 Kalkulationsdatensätzen teil.

Plausibilisierung der Kalkulationsdatensätze

Die Plausibilisierung der Kalkulationsdatensätze erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Im technischen Fehlerverfahren der Datenstelle wurde eine erste formale und inhaltliche Prüfung der Daten vorgenommen. In einem zweiten Schritt wurden vom InEK differenzierte Analysen bezüglich der Plausibilität und Konformität der übermittelten Datensätze durchgeführt. Durch die Erfahrungen der letzten Kalkulationsrunde konnten die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen im InEK nochmals ausgebaut werden; insbesondere bei der Kennzahlenbildung konnte auf die Erkenntnisse der letzten Kalkulationsrunde zurückgegriffen werden. Die Plausibilisierung erfolgte sowohl für die Ausbildungskosten als auch für die im Rahmen der Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG übermittelten Daten in der Datei „Ausbildung“. Zusätzlich wurden die von den Kalkulationsteilnehmern separat übermittelten „Informationen zur Kalkulationsgrundlage Ausbildungsstätten“, die erweiterte Angaben zu den Strukturdaten und zur Kalkulationsbasis beinhalten, in die Analysen des InEK einbezogen. Die Ausbildungsstätten erhielten die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in Form eines Reports. Auf Grundlage der Reporte wurden die Kalkulationsdatensätze von den kalkulierenden Ausbildungsstätten überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. In der Datennahmephase wurde mit den Ausbildungsstätten ein ausführlicher Dialog über die Plausibilität der gelieferten Daten und die Wege zur Korrektur fehlerhafter Datensätze geführt.

Plausibilisierung Ausbildungskosten

Im Rahmen der Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen wurden die Ausbildungskosten u.a. auf folgende Tatbestände hin analysiert:

Theoretischer und praktischer Unterricht:

- Prüfung der Stundensätze von Lehrern und Honorarkräften
- Prüfung der Klassengröße (Lehrer-Schüler-Verhältnis)

Die Plausibilisierung der Klassengröße wurde unter Berücksichtigung der in einzelnen Bundesländern festgesetzten Mindestvorgaben bzw. Empfehlungen vorgenommen. Bundeslandbezogen wurde überprüft, ob sich das Lehrer-Schüler-Verhältnis innerhalb entsprechender sachgerechter Grenzen befand. Darüber hinaus wurden die Personalkosten je Unterrichtsstunde bei Honorarkräften auf der Grundlage durchschnittlicher Personalkosten für Auszubildende plausibilisiert.

Praktische Ausbildung:

- Prüfung der Stundensätze von Praxisanleitern
- Prüfung der Praxisanleitungsstunden pro Auszubildendem pro Jahr
- Verprobung der Gruppengröße

Die Überprüfung erfolgte unter Beachtung der unterschiedlichen Vorgaben der Bundesländer bezüglich des Mindestumfangs der Praxisanleitung je Auszubildendem pro Jahr. Die Personalkosten der Praxisanleiter je Stunde wurden auf Basis der in den „Informationen zur Kalkulationsgrundlage Ausbildungsstätten“ übermittelten durchschnittlichen Personalkosten für Praxisanleiter plausibilisiert.

Sachaufwand der Ausbildungsstätte:

- Prüfung der Sachkosten mit unplausiblen Kostenwerten

Bei der Betrachtung der Sachkosten lag das Hauptaugenmerk auf der Plausibilisierung von Kostenausreißern und nicht gefüllten Modulen.

Gemeinkosten

- Prüfung der Kalkulationsmethode (Verflechtung zwischen leistender und empfangender Kostenstelle, verwendete IBLV-Schlüssel, Plausibilität der Ausgangsgrößen)

In diesem Jahr wurden zusätzliche Angaben zur internen Leistungsverrechnung im Rahmen der „Informationen zur Kalkulationsgrundlage Ausbildungsstätten“ abgefragt. Die dadurch gewonnenen tiefer gehenden Informationen konnten bei der Überprüfung der verursachungsgerechten Abgrenzung der im Rahmen der Kostenstellenverrechnung (IBLV) von der verbundenen Einrichtung (Krankenhaus) auf die Ausbildungsstätte verrechneten Kostenanteile einbezogen werden. Insbesondere wurde analysiert, ob betriebliche Verflechtungen zwischen den einzelnen leistenden Kostenstellen des Krankenhauses und den empfangenden Kostenstellen der Ausbildungsstätte vorlagen und ob sachgerechte IBLV-Schlüssel zur Verrechnung verwendet wurden.

Plausibilisierung der Daten gem. § 21 KHEntgG „Ausbildung“

Zur Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung wurde auf die im Rahmen der Daten gem. § 21 KHEntgG übermittelten Angaben aller Ausbildungsstätten (Grundgesamtheit) zurückgegriffen. Eine Kreuzverprobung der Ergebnisse auf Basis der Kalkulationsausbildungsstätten (Stichprobe) mit den Ergebnissen auf Basis aller Daten gem. § 21 KHEntgG (Grundgesamtheit) ergab, dass die Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung auf der Datenbasis aller Daten gem. § 21 KHEntgG aussagekräftiger ist. Hintergrund ist, dass der Anteil der einzelnen Bundesländer an der Stichprobe (Kalkulationsausbildungsstätten) nicht dem Anteil der einzelnen Bundesländer an der Grundgesamtheit (Daten gem. § 21 KHEntgG) entspricht.

Die im Rahmen des Fehlerverfahrens durchgeführten Prüfungen der Datei „Ausbildung“ wurden in diesem Jahr erweitert, sodass schon auf dieser Stufe des Verfahrens eine höhere Plausibilität der Daten der Datei „Ausbildung“ erreicht werden konnte. Im Anschluss an das Fehlerverfahren wurde im zweiten Schritt im InEK eine abschließende bundeslandbezogene Einzelüberprüfung der Angaben vorgenommen. Hierbei wurden die für die Berechnung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung relevanten Daten gem. § 21 KHEntgG aller Ausbildungsstätten (Grundgesamtheit) einzeln gesichtet und

im Rahmen eines bundeslandbezogenen Kontextes auf Konformität und Plausibilität hin überprüft. Da die Datenqualität in diesem Jahr verbessert werden konnte, ist für das Datenjahr 2010 erstmalig eine sachgerechte Kalkulation der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung möglich.

Kalkulationsbedingungen

Den Ausbildungsstätten vom Typ C (ausschließlich Auszubildende fremder Krankenhäuser: vollständige Kosteninformation für Ausbildungsstätte, aber keine Kosten der praktischen Ausbildung) liegen in der Regel keine Kosten für Praxisanleitung vor. Da diese Kostenbestandteile im Nachgang zur diesjährigen Kalkulation nicht sachgerecht ermittelt werden konnten, wurde eine Begrenzung auf Kalkulationsdatensätze von Ausbildungsstätten vom Typ A (nur Auszubildende des eigenen Krankenhauses: vollständige Kosteninformation) und von Ausbildungsstätten vom Typ B (Auszubildende des eigenen und fremder Krankenhäuser: vollständige Kosteninformation für Ausbildungsstätte, aber nur Kosten für praktische Ausbildung im eigenen Krankenhaus) vorgenommen.

Die Stichprobe wies auf Bundesebene einen Anteil von mindestens 10% der Grundgesamtheit auf. Die Kalkulationsdaten stammten aus mindestens sechs Bundesländern; kein Bundesland hatte einen Anteil von mehr als 50% an den Kalkulationsdatensätzen, sodass bei den Kalkulationsergebnissen nicht von einer Dominanz eines Bundeslandes auszugehen war.

Ergebnis und Ausblick

Unter Berücksichtigung der Kalkulationsvoraussetzungen konnten für die Ausbildungsberufe A05 (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in) und A06 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in) bundesweite Kalkulationsergebnisse ermittelt werden. Zudem wurden in diesem Jahr erstmalig die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung kalkuliert.

Für den Ausbildungsberuf A05 (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in) wurden bei einer Stichprobe von 78 der bundesweit 571 Ausbildungsstätten vom Typ A und Typ B (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG) folgende Kosten je Platz (ungewichtet) ermittelt:

	Mittelwert (€)	Median (€)	Standard- Abweichung (€)	Minimum (€)	Maximum (€)
Theoretischer und praktischer Unterricht	3.800	3.818	644	2.260	5.117
Praktische Ausbildung	3.271	3.240	866	1.148	6.709
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	440	404	224	72	1.270
Gemeinkosten	2.029	1.900	933	779	5.789
Gesamt	9.540	9.462	1.280	7.163	12.557

Tabelle 24: Ausbildungsberuf A05: Durchschnittliche Kosten (EUR) je Platz, Basis: Datenjahr 2010

Für den Ausbildungsberuf A06 (Gesundheits- und Kinderkrankpfleger/-in) wurden bei einer Stichprobe von 25 der insgesamt bundesweit 131 Ausbildungsstätten vom Typ A und B (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG) folgende Kosten je Platz (ungewichtet) ermittelt:

	Mittelwert (€)	Median (€)	Standard-Abweichung (€)	Minimum (€)	Maximum (€)
Theoretischer und praktischer Unterricht	4.170	4.250	732	2.634	5.570
Praktische Ausbildung	3.399	3.394	921	1.541	6.537
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	486	450	297	76	1.320
Gemeinkosten	2.090	2.034	1.029	671	5.369
Gesamt	10.145	9.707	1.477	7.928	14.138

Tabelle 25: Ausbildungsberuf A06: Durchschnittliche Kosten je Platz, Basis: Datenjahr 2010

Die Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung ergab bundesweit folgende Kosten pro Platz:

	Mittelwert (€)	Standard-Abweichung (€)	Minimum (€)	Maximum (€)
A05 Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	9.082	1.379	4.514	12.275
A06 Gesundheits- und Kinderkrankpfleger/-in	9.397	1.339	4.710	11.776
A07 Krankenpflegehelfer/-in	3.454	1.270	1.032	6.536

Tabelle 26: Mehrkosten der Ausbildungsvergütung: Durchschnittliche Kosten je Platz, Basis: Datenjahr 2010

Für eine sachgerechte Kalkulation ausbildungsberufsbezogener Kosten für weitere in § 2 Nr. 1a KHG genannte Ausbildungsberufe sowie eine zusätzliche Differenzierung der Kalkulationsergebnisse auf Länderebene ist eine weitere Zunahme der Datenbasis dringend erforderlich. Für das Datenjahr 2011 sind nochmals ausführlichere Prüfungen der Daten gem. § 21 KHEntgG, insbesondere der Angaben zu den Ausbildungsplätzen, vorgesehen.

5 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 krankenhausplanerischen 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 zum zweiten Mal Daten des zum 01.01.2010 eingeführten OPS-Kodes für hochaufwendige Pflege von Patienten (Pflegekomplexmaßnahmen-Score – PKMS) zur Verfügung stehen. Insofern können damit verbundene Plausibilitätsprüfungen von einer im Vergleich zum Einführungsjahr 2010 verbesserten Datenlage ausgehen und entsprechend weiterentwickelt werden.

Kalkulationsmethodik

Der eingeschlagene Weg des schrittweisen Ausbaus der Kalkulationsmethodik wird auch zukünftig konsequent beschritten werden. Die Rückkoppelungen zwischen InEK und den Kalkulationskrankenhäusern im Laufe der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen finden ihren Niederschlag auch darin, dass wiederkehrende Fragestellungen durch eine standardisierte Vorgabe ersetzt werden, um die Datenqualität der Kalkulationsergebnisse nochmals zu erhöhen.

Ausbildungskostenkalkulation

Die Ausbildungskostenkalkulation wird auch im folgenden Jahr durchgeführt. Zur Verbesserung der Datenbasis ist eine breitere Teilnahme von Ausbildungsstätten wünschenswert. Insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichen regionalen Differenzierung der Richtwerte gem. § 17a Abs. 4b KHG ist eine breite Beteiligung von Ausbildungsstätten aus allen Bundesländern anzustreben.

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:

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

DRG	DRG-Text
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 > 3920 / 3680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920 / 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 > 3920 / 3680 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
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 intensivmed. Komplexbehandlung > 2352 / 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 > 3430 / 3220 Aufwandspunkte und hochkompl. Eingr. od. Alter < 16 Jahre
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder kompliz. Konstellation
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Std. mit kompl. OR-Proz. od. Polytr. od. int. Komplexbeh. > 3430/3220 P., oh. kompliz. Konst., Alter > 15 J., od. oh. kompl. OR-Proz., oh. Polytr., m. kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2352/2209 - 3430/3220 P. od. Alter < 16 J.
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkompl. Eingr. od. intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte od. mit Eingr. bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. od. mit best. OR-Proz. und kompliz. Konstell., mit int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 P. oder Alt. < 16 J.
A11B	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Proz., mit kompliz. Konstell. od. sehr kompl. Eingr. oder Alter < 16 Jahre, ohne Eingr. bei angebor. 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 intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte, Alter > 15 J.
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte oder > 1176 / 1104 Punkte mit komplexer OR-Prozedur oder mit kompliz. Konst., best. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder bei Lymphom und Leukämie
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingriff, oh. int. Komplexbeh. > 1176/1104 P., mit kompliz. Konst. od. sehr kompl. Eingr. od. bei angebor. Fehlb., Alt. < 2 J. od. oh. kompl. OR-Proz., m. int. Komplexbeh. > 1176/1104 P., m. kompliz. Konst.

DRG	DRG-Text
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1176 / 1105 bis 1764 / 1656 P., auß. b. Leukämie und Lymphom, oh. kompliz. Konst. od. mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P.
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen

DRG	DRG-Text
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
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Ingr. am Schädel
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, 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. Ingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie m. äuß. schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
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 > 1764 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte ohne best. OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte mit best. OR-Proz. bei Krankheiten und Störungen d. Nervensystems
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, 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	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
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

DRG	DRG-Text
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
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 > 588 / 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 oder pulmonale Endarteriektomie
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

DRG	DRG-Text
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeborenem Herzfehler, mit intraop. Ablation od. Alter < 16 J.
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis 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, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.
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 angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 P. u. < 1176 / 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1176 / 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem.

DRG	DRG-Text
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
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
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 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 > 588 / 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

DRG	DRG-Text
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff oder mit Komplexbehandlung der Hand oder mit aufwändigem rekonstruktiven Eingriff bei angeborener Fehlbildung 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 bei bösartiger Neubildung
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
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 oder hochkomplexe Diagnose
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie

DRG	DRG-Text
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 > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszierung 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, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane

DRG	DRG-Text
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, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 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, Aufnahmegegewicht 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, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
P05A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
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
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 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	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., Aufnahmegeg. > 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
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

DRG	DRG-Text
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, 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 > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit äuß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie

DRG	DRG-Text
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, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
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 od. Tumorlyse-Syndrom, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
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 mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen 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 schw. CC

DRG	DRG-Text
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
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 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 bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung

DRG	DRG-Text
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 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 > 588 / 552 Aufwandspunkte

Tabelle A-2:

78 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
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
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 kompl. Tympanoplastik oder bestimmter Mastoidektomie oder kompl. Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne bestimmte Mastoidektomie, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Ingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Ingr. od. Ingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus

DRG	DRG-Text
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
G24B	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt. > 0 J. od. beidseit. Eing. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt. > 0 J. u. < 56 J. oder Eingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt. > 55 J., oh. plastische Rekonstruktion d. Bauchwand
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation oder bestimmtem aufwändigem Eingriff oder mit Kyphoplastie, mehr als 2 Segmente od. bis 2 Segmente mit auß. schweren CC
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige kompl. Eingriffe, ohne Eingriff bei deformierenden Erkrankungen, ohne kompl. Spondylodese, ohne bestimmte Osteosynthesen, ohne Kyphoplastie m. auß. schw. od. schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit bestimmtem komplexen Eingriff oder Halotraktion
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit aufwändigem Eingriff oder Wirbelfraktur oder Para- / Tetraplegie
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre
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 oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula

DRG	DRG-Text
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
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 Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 65 Jahre, mit auß. schw. CC, außer b. Diszitis od. infektiöser Spondylopathie, ohne kompl. Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie
I68D	Nicht operativ behandelte Erkr. und Verl. im Wirbelsäulenbereich, > ein Belegungstag, b. and. Femurfraktur, Alt. > 55 J. u. < 65 J., mit schw. CC, oh. auß. schw. CC, auß. b. Para-/Tetrapl., auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn.
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Kontinenztherapie, ohne äußerst schwere CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
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
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 mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC

DRG	DRG-Text
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 Prostatektomie ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe 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 oder selektive Embolisati- on an anderen abdominalen Gefäßen
N05B	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
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 Myomenektomie
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
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
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O64B	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit auß. schw. oder schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexe Diagnose, 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW)
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 2010	ICD-Text	Status
A02.1	Salmonellensepsis	Aufnahme
A04.7	Enterokolitis durch Clostridium difficile	Aufwertung
A08.1	Akute Gastroenteritis durch Norovirus [Norwalk-Virus]	Aufwertung
A15.7	Primäre Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	Aufnahme
A15.8	Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane, bakteriologisch, molekularbiologisch oder histologisch gesichert	Aufnahme
A16.7	Primäre Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Aufnahme
A16.8	Sonstige Tuberkulose der Atmungsorgane ohne Angabe einer bakteriologischen, molekularbiologischen oder histologischen Sicherung	Aufnahme
A18.0	Tuberkulose der Knochen und Gelenke	Aufnahme
A31.80	Disseminierte atypische Mykobakteriose	Aufnahme
A32.1	Meningitis und Meningoenzephalitis durch Listerien	Aufnahme
A32.7	Listeriensepsis	Aufnahme
A42.0	Aktinomykose der Lunge	Aufnahme
A42.1	Abdominale Aktinomykose	Aufnahme
A42.7	Aktinomykotische Sepsis	Aufnahme
A43.0	Pulmonale Nokardiose	Aufnahme
A81.2	Progressive multifokale Leukenzephalopathie	Aufnahme
A84.1	Mitteleuropäische Enzephalitis, durch Zecken übertragen	Aufnahme
A85.0	Enzephalitis durch Enteroviren	Aufnahme
A85.8	Sonstige näher bezeichnete Virusenzephalitis	Aufnahme
A86	Virusenzephalitis, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
A87.0	Meningitis durch Enteroviren	Aufnahme
A98.5	Hämorrhagisches Fieber mit renalem Syndrom	Aufnahme
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	Aufnahme
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität	Aufnahme
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	Aufnahme

ICD 2010	ICD-Text	Status
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität	Aufnahme
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend	Aufnahme
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial	Aufnahme
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial	Aufnahme
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen	Aufnahme
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule	Aufnahme
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen	Aufnahme
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum	Aufnahme
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula	Aufnahme
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen	Aufnahme
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend	Aufnahme
D46.2	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss	Aufnahme
D46.3	Refraktäre Anämie mit Blastenüberschuss in Transformation	Aufnahme
D73.1	Hypersplenismus	Aufnahme
D73.3	Abszess der Milz	Aufnahme
D73.5	Infarzierung der Milz	Aufnahme
E87.6	Hypokaliämie	Abwertung
E88.3	Tumorlyse-Syndrom	Aufnahme
I67.11	Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben)	Aufnahme
I67.80	Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung	Aufnahme
L89.00	Dekubitus 1. Grades: Kopf	Streichung
L89.01	Dekubitus 1. Grades: Obere Extremität	Streichung
L89.02	Dekubitus 1. Grades: Dornfortsätze	Streichung
L89.03	Dekubitus 1. Grades: Beckenkamm	Streichung
L89.04	Dekubitus 1. Grades: Kreuzbein	Streichung
L89.05	Dekubitus 1. Grades: Sitzbein	Streichung
L89.06	Dekubitus 1. Grades: Trochanter	Streichung

ICD 2010	ICD-Text	Status
L89.07	Dekubitus 1. Grades: Ferse	Streichung
L89.08	Dekubitus 1. Grades: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Streichung
L89.09	Dekubitus 1. Grades: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Streichung
L89.90	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kopf	Streichung
L89.91	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Obere Extremität	Streichung
L89.92	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Dornfortsätze	Streichung
L89.93	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Beckenkamm	Streichung
L89.94	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Kreuzbein	Streichung
L89.95	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sitzbein	Streichung
L89.96	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Trochanter	Streichung
L89.97	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Ferse	Streichung
L89.98	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige Lokalisationen der unteren Extremität	Streichung
L89.99	Dekubitus, Grad nicht näher bezeichnet: Sonstige und nicht näher bezeichnete Lokalisationen	Streichung
N99.0	Nierenversagen nach medizinischen Maßnahmen	Streichung
N99.1	Harnröhrenstriktur nach medizinischen Maßnahmen	Streichung
N99.2	Postoperative Adhäsionen der Vagina	Streichung
N99.5	Funktionsstörung eines äußeren Stomas des Harntraktes	Streichung
T80.1	Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Streichung
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Streichung
T80.8	Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Streichung
T80.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Streichung
T81.0	Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.4	Infektion nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Streichung
T81.7	Gefäßkomplikationen nach einem Eingriff, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T81.8	Sonstige Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert	Abwertung
T83.1	Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte oder Implantate im Harntrakt	Streichung
T83.4	Mechanische Komplikation durch sonstige Prothesen, Implantate oder Transplantate im Genitaltrakt	Streichung

ICD 2010	ICD-Text	Status
T83.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Harntrakt	Abwertung
T83.6	Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Genitaltrakt	Abwertung
T83.8	Sonstige Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Urogenitaltrakt	Streichung
T83.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation durch Prothese, Implantat oder Transplantat im Urogenitaltrakt	Streichung
T88.4	Misslungene oder schwierige Intubation	Streichung
Z99.1	Langzeitige Abhängigkeit vom Respirator	Streichung
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz	Streichung

Tabelle A-4-1:

247 DRGs, bei denen die **aufnahmeverlegten Fälle** 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
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation
A07D	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose
A07E	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingriff, oh. int. Komplexbeh. > 1176/1104 P., mit kompliz. Konst. od. sehr kompl. Ingr. od. bei angeb. Fehlb., Alt. < 2 J. od. oh. kompl. OR-Proz., m. int. Komplexbeh. > 1176/1104 P., m. kompliz. Konst.
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Ingr. am Schädel
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexer Diag.
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B64Z	Delirium
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B77Z	Kopfschmerzen
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre
D01B	Kochleaimplantation, unilateral
D03Z	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit Knorpeltransplantat

DRG	DRG-Text
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen
D05A	Komplexe Parotidektomie
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 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 kompl. Tympanoplastik oder bestimmter Mastoidektomie oder kompl. Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne bestimmte Mastoidektomie, ohne komplexe Diagnose
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle

DRG	DRG-Text
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte oder mit kompliz. Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder ARDS, Alter < 16 Jahre
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
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 d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC
E77A	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte
E77B	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne intensivmediz. Komplexbeh. im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeb. Fehlbildungssyndrom
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne intensivmed. Komplexb. im Kindesalter > 196 P., oh. Komplexb. b. multires. Erregern, oh. angeb. Fehlbild.syndr., mit sehr kompl. Diagn. und äuß. schw. od. schw. CC oder bei Z. n. Transplantation
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff

DRG	DRG-Text
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere 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
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
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
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, mit komplexem Eingriff
G18D	Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff

DRG	DRG-Text
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre
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
G64C	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und Alter < 70 Jahre
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC, Alter < 3 Jahre
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
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
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne komplexen oder mäßig komplexen Eingriff
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem Eingriff, Alter < 16 Jahre
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen
I27B	Kleinflächige Gewebetransplantationen oh. schwere CC od. Eingr. am Weichteilgewebe oh. äuß. schw. CC, bei bösart. Neubild. od. m. schw. CC od. m. best. Eingr. a. Weichteilgewebe, m. Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik b. Zerebralparese od. Kontraktur
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 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
J04A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC

DRG	DRG-Text
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff
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
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung
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
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
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 oder hochkomplexe Diagnose
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie

DRG	DRG-Text
K60C	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	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
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Kontinenztherapie, ohne äußerst schwere CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit 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
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie
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
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 6 Jahre
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre

DRG	DRG-Text
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktor, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M03B	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, mit bestimmtem Eingriff am Hoden
M05Z	Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeral-eingriff

DRG	DRG-Text
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen od. bestimmte laparoskopische Resektion an Sigma u. Rektum, mit äußerst schweren CC
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisation an anderen abdominalen Gefäßen
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
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
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane
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
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose

DRG	DRG-Text
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder geburtshilflicher Uterusexstirpation oder komplizierender Konstellation
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
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
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit auß. schw. oder schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexe Diagnose, 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW)
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden
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
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
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
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre

DRG	DRG-Text
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne CC, Alter < 16 Jahre
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre
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
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
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
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

DRG	DRG-Text
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63I	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
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
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose

DRG	DRG-Text
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne komplizier. Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
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
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
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
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
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
A09D	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung oder Tumorerkrankung oder Alter > 2 Jahre, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 Jahre, mit intensivmed. Komplexbeh. 1471 / 1381 bis 2352 / 2208 Punkte
A09F	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr. od. Alter > 2 J., ohne kompliz. Konstell., Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1470 / 1380 P., oh. kompl. Diagn., oh. kompl. Proz.
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A11G	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, Alter > 15 Jahre
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation

DRG	DRG-Text
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, mit angeborener Fehlbildung
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E62A	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder mit hochkomplexer Diagnose oder mit komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
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, außer bei Hyperventilation
E77F	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, bei Para- / Tetraplegie
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems
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
F12C	Impl. e. Herzschrittm., Drei-Kammersyst. oh. äuß. schw. CC, oh. ablat. Maßn., oh. PTCA oder Impl. e. Herzschrittm., Zwei-Kammersyst., oh. kompl. Ingr., Alter > 15 J., mit auß. schw. CC od. isol. off. chir. Sondenimpl., m. Sondenentf. m. Excimer-Laser
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
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67B	Hypertonie mit bestimmter Erkrankung der endokrinen Drüsen oder schweren CC
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens
F72B	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 Aufwandspunkte
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff oder kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne komplexen Eingriff
G04B	Adhäsiolelyse 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, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolelyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, bei bösartiger Neubildung
G18C	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, mit komplexem 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
G24B	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien u. and. Hernien, Alt. > 0 J. od. beidseit. Eing. bei Leisten- und Schenkelhernien, Alt. > 0 J. u. < 56 J. oder Eingr. bei Leisten- u. Schenkelhernien, Alt. > 55 J., oh. plastische Rekonstruktion d. Bauchwand
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre

DRG	DRG-Text
G50Z	Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
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
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation
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
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Ingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur
I06A	Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule m. Wirbelsäulenrelease od. Korrektur Thoraxdef., Alt. < 16 J. od. bei Para- / Tetrapl. m. auß. schw. CC od. m. best. mehrz. Ingr. od. m. sehr kompl. Ingr. bei schw. entzündl. Erkr., mit Dekomp. Spinalkanal > 3 Seg.
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplexe Osteosynthese, ohne auß. schw. CC, mit Eingriff bei deformierender Erkrankung der Wirbelsäule, mit komplexer Spondylodese, mit best. aufwändigem Eingriff mit Kyphoplastie
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation oder bestimmtem aufwändigem Eingriff oder mit Kyphoplastie, mehr als 2 Segmente od. bis 2 Segmente mit auß. schweren CC

DRG	DRG-Text
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff oder mit Komplexbehandlung der Hand oder mit aufwändigem rekonstruktiven Eingriff bei angeborener Fehlbildung der Hand
I32C	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne mehrzeitigen Eingriff, ohne Komplexbeh. der Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingriff od. bei angeb. Anomalie der Hand oder Pseudarthrose, Alter > 5 Jahre, mit best. Eingriff oder komplexer Diagnose
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne komplexen Eingriff, mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre, mit schw. CC oder bei Para- / Tetraplegie, außer b. Diszitis od. infektiöser Spondylopathie, mit kompl. Diagnose
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J03A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC
J03B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie

DRG	DRG-Text
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC, mit Parathyreoidektomie oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunters bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraler Eingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 6 Jahre
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M03A	Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie

DRG	DRG-Text
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N03A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
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. äuß. schw. CC
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne geburtshilfliche Uterusexstirpation, ohne komplizierende Konstellation
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
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
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne CC, Alter > 15 Jahre
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
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

DRG	DRG-Text
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-4-3:

565 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
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
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
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
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
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma
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 intensivmed. Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Punkte
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder kompliz. Konstellation
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Std. mit kompl. OR-Proz. od. Polytr. od. int. Komplexbeh. > 3430/3220 P., oh. kompliz. Konst., Alter > 15 J., od. oh. kompl. OR-Proz., oh. Polytr., m. kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2352/2209 - 3430/3220 P. od. Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
A09E	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, oh. angeb. Fehlbildung od. Tumorerkrankung od. Alter > 2 J., oh. kompliz. Konstell., Alter > 15 J., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 1470 / 1380 P., mit kompl. Diagn. od. 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 intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 Punkte, Alter > 15 J.
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre
A11F	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, Alter > 5 J. mit kompl. Diagn. oder Proz. oder Alter < 16 J.
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1176 / 1105 bis 1764 / 1656 P., auß. b. Leukämie und Lymphom, oh. kompliz. Konst. od. mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 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. Konst. oder intensivmed. Komplexbeh. 589 / 553 bis 1176 / 1104 Aufwandspunkte od. Alter < 16 J.
A13F	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, mit kompl. Diagnose oder Prozedur
A13G	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, ohne kompl. Diagnose, ohne kompl. Prozedur
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen

DRG	DRG-Text
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
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
B04A	Interventionelle und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B06A	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre
B06B	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven u. and. Teilen d. Nervensyst. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diag. od. Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neuropathie oh. auß. schw. od. schw. CC, Alter > 18 J., oh. kompl. Eingr., m. mäßig kompl. Eingr.

DRG	DRG-Text
B17D	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven u. and. Teilen d. Nervensyst. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn. od. Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neuropathie oh. auß. schw. od. schw. CC, Alt. >18 J., oh. kompl. Diagn., oh. mäßig kompl. Eingr.
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelshuntes
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
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte ohne best. OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte mit best. OR-Proz. bei Krankheiten und Störungen d. Nervensystems
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
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

DRG	DRG-Text
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
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 < 16 Jahre
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
B73Z	Virusmeningitis
B75A	Fieberkrämpfe, Alter < 1 Jahr
B75B	Fieberkrämpfe, Alter > 0 Jahre
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose
B76D	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
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
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C16Z	Aufwändige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals

DRG	DRG-Text
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne 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 oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
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, Alter < 10 Jahre
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwändigem Eingriff, Alter > 9 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, mit mäßig komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
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 > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmed. Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte, oh. kompliz. Diagn., Alter > 15 J., mit auß. schweren CC od. bei Para- / Tetraplegie, od. ARDS, Alter > 15 J.
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
E62B	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit auß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit auß. 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
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 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
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77D	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, oh. intensivm. Komplexbeh. im Kindesalter > 196 P., oh. Komplexb. bei multires. Erregern, oh. angeb. Fehl.b.syndr., oh. sehr kompl. Diagn., außer b. Z. n. Transpl.
E77E	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr
E77G	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff

DRG	DRG-Text
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis 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, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.
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
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
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, 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
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma oder komplexem Aorteneingriff

DRG	DRG-Text
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit äuß. schw. CC
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., mit Mehretagen- oder Aorteneingr. oder Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 2 Jahre und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, mit komplexem Eingriff
F12E	Impl. e. Herzschrittm., Zwei-Kammersyst., oh. kompl. Eingr., Alter > 15 J., mit äuß. schw. CC oder isol. off. chir. Sondenimpl., oh. Sondenentf. m. Excimer-Laser od. oh. äuß. schw. CC, oh. isol. off. chir. Sondenimpl., m. Sondenentf. m. Excimer-Laser
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen

DRG	DRG-Text
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
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes
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

DRG	DRG-Text
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 > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 P. u. < 1176 / 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1176 / 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsyst.
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, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur
F46A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter < 14 Jahre
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, mit komplexem Eingriff
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination

DRG	DRG-Text
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, 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
F59A	Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne kompliz. Diagn., Alter > 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit auß. schweren CC oder mäßig kompl. Gefäßeingr. mit auß. schweren CC oder Rotationsthrombektomie
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren oder schweren CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F67C	Hypertonie ohne bestimmte Erkrankung der endokrinen Drüsen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
F67D	Hypertonie ohne bestimmte Erkrankung der endokrinen Drüsen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens
F72A	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F73Z	Synkope und Kollaps
F74Z	Thoraxschmerz
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 AufwPkte oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 392 AufwPkte, ohne best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose
G04A	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit auß. schw. CC, Alter < 6 Jahre, od. best. PTAs an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC, ohne int.med. Komplexbeh. beim Kind > 392 AufwPkte
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
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
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, mit bestimmter Lebermetastasenchirurgie oder komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, ohne bestimmte Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende Konstellation
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
G18B	Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff
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
G21A	Komplexe Adhäsilyse 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
G21B	Komplexe Adhäsilyse 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, mit komplexem Eingriff
G21C	Komplexe Adhäsilyse 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, ohne komplexen Eingriff
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 14 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

DRG	DRG-Text
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat 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, oder Ösophagusperforation
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopien bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit schweren CC oder bei nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit auß, schw, oder schw, CC bei Kindern, oh. Ösophagusperforation
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
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

DRG	DRG-Text
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmter komplizierender Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit Dialyse
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder > 74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC, Alter > 2 Jahre
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
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

DRG	DRG-Text
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC
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
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 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
H40Z	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Eingriff
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, ohne komplexen Eingriff, oder andere ERCP
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse 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

DRG	DRG-Text
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne äuß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese
I05Z	Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
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
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff oder mit sehr komplexen Diagnosen, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff oder mit sehr komplexen Diagnosen, ohne Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur, ohne bestimmten Eingriff bei Beckenfraktur, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingr. od. sehr kompl. Diagn., Alter > 15 J. od. mit kompl. Eingr. od. äuß. schweren CC bei Para- / Tetrapl. od. Beckenfraktur oder Ersatz des Hüftgel. mit Eingr. an ob. Extr. oder Wirbelsäule
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte Eingriffe bei Beckenfraktur
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC, ohne Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik, oder ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexen Mehrfacheingriff, ohne sehr komplexe Diagnosen, ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Osteosynth. u. äuß. schw. CC od. m. best. mehrz. kompl. Eingr. od. bei def. Erkrankung od. m. Kyphopl., m. kompl. Spond., mit dors. Korrekturspond., m. Wirbelkörperersatz, m. Dekomp. Spinalkanal > 3 Seg.
I09D	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
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige kompl. Eingriffe, ohne Eingriff 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
I10B	Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne aufwändigen Eingriff
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit bestimmtem komplexen Eingriff oder Halotraktion
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, mit aufwändigem Eingriff oder Wirbelfraktur oder Para- / Tetraplegie
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem 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 mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufwändige Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne Pseudarthrose
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodesse
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, mit komplexem Eingriff, bei schwerem Weichteilschaden, bei Osteomyelitis / Arthritis, mit Knochentransplantation, mit Implantation einer Zehengelenkendooprothese oder bei Kalkaneusfraktur
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula

DRG	DRG-Text
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung, mit schweren CC
I27C	Kleinflächige Gewebetransplantationen oh. schw. CC oder Eingr. a. Weichteilgewebe oh. äuß. schw. CC, bei bösart. Neubild. od. m. schw. CC od. m. best. Eingr. am Weichteilgewebe, oh. Osteotomie u. oh. Muskel- / Gelenkpl. b. Zerebralparese od. Kontraktur
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte Eingriffe am Weichteilgewebe
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwändigen Eingriffen am Unterarm
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

DRG	DRG-Text
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochentransplantation
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder mit Implantation/ Wechsel einer Radiuskopfprothese
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-Skelettsystem und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
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 äußerst schweren CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 65 Jahre, mit äußerst schw. CC, außer b. Diszitis od. infektiöser Spondylopathie, ohne kompl. Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien

DRG	DRG-Text
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
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I79Z	Fibromyalgie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos. auß. bei bösart. Neub., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos. auß. b. bösart. Neub., m. auß. schw. CC auß. b. Para-/Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
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
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung

DRG	DRG-Text
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J60Z	Hautulkus
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren CC
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen
K04A	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
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
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
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, mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64B	Endokrinopathien, Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
K64C	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC
K64D	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
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
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit Kontinenztherapie oder äußerst schweren CC
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane außer Anlage eines Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, Alter < 2 Jahre oder äußerst schw. CC, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne kompl. Eingriff, Alter > 1 Jahr, ohne äuß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Uretorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Uretorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Uretorenoskopien 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
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
M04A	Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän oder mit äußerst schweren CC
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie
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
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit schweren CC oder CC od. bestimmte laparoskopische Resektion an Sigma u. Rektum
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, ohne CC
N03B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC
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
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva

DRG	DRG-Text
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne bestimmten Eingriff
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
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.
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero-rotomie
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, Aufnahme-gewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
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
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem
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.
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
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit äuß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit auß schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie

DRG	DRG-Text
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, 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 schw. CC
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
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
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 > 588 / 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
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung

DRG	DRG-Text
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
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 schw. CC
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierzeitige best. OR-Proz., oh. intens. Komplexb. > 588 / 552 P., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02C	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne Dialyse, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne komplexe Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2010	Anzahl DRGs 2011	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	66	65	- 1,5
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	111	109	- 1,8
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	33	33	0
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	56	55	- 1,8
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	64	65	+1,6
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	146	146	0
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	81	83	+ 2,5
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	39	39	0
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	135	136	+ 0,7
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	51	- 1,9
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	38	38	0
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	66	66	0
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	27	27	0
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	37	37	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	29	29	0
15	MDC 15 Neugeborene	42	42	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 2010	Anzahl DRGs 2011	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	21	21	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	11	11	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	7	6	- 14,3
21A	MDC 21A Polytrauma	13	13	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	10	10	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	12	13	+ 8,3
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		1.194	1.193	- 0,1