

InEK

Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2016

Systematische Prüfung
statistisch ermittelter
Kostenausreißer des
Datenjahres 2014

Siegburg, den 29. Februar 2016

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	7
1 BEAUFTRAGUNG DES INEK	8
1.1 Gesetzliche Grundlage	8
1.2 Auftrag der Selbstverwaltungspartner	9
1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern	9
1.2.2 Eckpunkte für den Extremkostenbericht	10
1.3 Zentrale Vorgaben der Beauftragung	11
1.3.1 Definition von Fallkosten	11
1.3.2 Datenqualität des einzelnen Behandlungsfalls	12
1.3.3 Auswahl einer geeigneten Verteilung	13
1.4 Exkurs: Die verwendeten Verteilungsfunktionen	13
1.4.1 Logarithmierte Normalverteilung	14
1.4.2 Weibull-Verteilung	15
1.4.3 Gamma-Verteilung	15
2 VORGEHENSWEISE UND DATENGRUNDLAGE	17
2.1 Identifikation von Kostenausreißern	18
2.1.1 Technisches Vorgehen	18
2.1.2 Beispiel: Identifikation von Kostenausreißern für eine DRG	21
2.2 Spannungsfeld Systementwicklung – Extremkostenbetrachtung	23
2.2.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	26
2.2.2 Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation	26
2.2.2.1 Report Kostenausreißer	27
2.2.2.2 Themenkomplexbezogene Nachfragen	31
Kosten der Intensivstation	31
Kosten der Normalstation	32
Personalkosten im OP-Bereich	33
Medizinischer Sachbedarf im OP	34
Kosten im Kreißaal	35
Stammzellen	35
Einzelkosten	36
Abgerechnete Entgelte	39
2.2.2.3 Nachfrage von Einzelfällen	41
2.3 Zwischenergebnis Datenanalyse	42
3 PRÜFERGEBNIS UND VORSCHLÄGE	44
3.1 Kritische Würdigung der ermittelten Kostendeckung	44
3.1.1 Grundsätzliches	44
3.1.2 Falsch-niedrige Fallkosten	44

3.1.3	Falsch-hohe Fallkosten	46
3.1.4	Falsch-niedrige Erlöse	47
3.1.5	Falsch-hohe Erlöse	47
3.1.6	Übersicht	48
3.1.7	Nicht „falsch“ im hier beschriebenen Sinne	49
3.1.8	Sonderfall: Fälle nach Rechnungsprüfungen	50
3.1.9	Dimension des Fehlers und Ausmaß der Unter- oder Überdeckung	50
3.2	Themenkomplexbezogene Prüfergebnisse	52
3.2.1	Rücklauf der Einzelnachfragen	53
3.2.2	Thematische Gliederung	53
3.2.2.1	Intensivmedizinische Behandlung	54
	Gewichtung	56
	Auslastung	56
3.2.2.2	Normalstation	56
3.2.2.3	Operative Behandlung und Anästhesie	56
	Auslastung	57
	Mehrfachoperationen bei schwerem Verlauf	57
	Implantatkosten	57
3.2.2.4	Medikamente und ergänzende Daten	58
3.2.2.5	Dialyse	60
3.3	Überarbeitung der G-DRG-Klassifikation für 2016	60
3.3.1	Übersicht	60
3.3.2	Patientenbezogener Gesamtschweregrad	61
3.3.3	Intensivmedizin	63
3.3.4	Multiresistente Erreger	66
3.3.5	Weitere klassifikatorische Umbauten	67
3.3.6	Zusatzentgelte	73
3.3.7	Auswirkungen neuer oder veränderter Zusatzentgelte und NUB	76
3.4	Analyse der Kostenausreißer	77
3.4.1	Übersicht über die Verteilungszuordnung	78
3.4.2	Kategorisierung der Leistungen	79
3.4.2.1	Allgemeine Versorgungsleistungen	79
3.4.2.2	Spezielle Versorgungsleistungen	80
3.4.2.3	Gesondert betrachtete Leistungsgruppen	81
3.4.3	Kategorisierung der Leistungserbringer	82
3.4.4	Ergebnisse	84
3.4.4.1	Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer	84
3.4.4.2	Analyse der Lower- und Upper-Fallanteile mit dem χ^2 -Test	88
	Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern in den Analysegruppen	89
	Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern in den Analysegruppen	89
	Zwischenfazit	90
	Vierfelderkoeffizient: Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern	90
	Zwischenfazit	94
3.4.4.3	Kostendeckung in den Analysegruppen	94
	Betrachtung der Kostenausreißer	96
	Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen	98
	Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen	100
	Der Fall Asparaginase	100
	Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer	102
	Zwischenfazit	105

3.4.5	Intertemporaler Vergleich auf Krankensebene	106
3.4.6	Belastung durch Kostenausreißerfälle	109
3.4.6.1	Durchschnittliche Kostendeckung der Kostenausreißer je Fall in Bezug zu den durchschnittlichen Kosten	109
3.4.6.2	Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio	111
3.4.6.3	Durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio	112
3.4.7	Korrelationsuntersuchungen zur Deckung der Kostenausreißer	115
3.4.7.1	Exkurs: Korrelation als Zusammenhangsmaß	115
	Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson	116
	Quadrantenkorrelationskoeffizient	117
	Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho)	118
	Kendall'scher Rangkorrelationskoeffizient (Kendall's Tau)	119
	Distanzkorrelationskoeffizient	119
3.4.7.2	Methodisches Vorgehen der Korrelationsuntersuchungen für die Deckung der Kostenausreißer	121
3.4.7.3	Aufdeckung von Inhomogenitätskorrelationen	123
3.4.7.4	Korrelationen mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer	132
	Relative Verweildauer	132
	Anzahl der kodierten Prozeduren und patientenbezogener Gesamtschweregrad	136
	Mittlere Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses	140
	Zwischenfazit	142
3.4.7.5	Korrelation mit der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus	142
3.4.7.6	Zusammenfassung der Ergebnisse der Korrelationsuntersuchungen	152
3.4.8	Verbesserung der Vergütung von Extremkostenfällen durch Anpassungen der G-DRG-Klassifikation für 2016	153
	Hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung („Super-SAPS“)	154
	Intensivmedizinische Komplexbehandlung („Normal-SAPS“)	155
	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter	156
	Fälle mit PCCL-Werten 5 und 6 („schwerste CC“)	156
	Zwischenfazit	158
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung	158
4	AUSBLICK	164
5	ANHANG	166

Abkürzungen

Abs.	Absatz
abzgl.	abzüglich
BGBI.	Bundesgesetzblatt
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ED	Ergänzende Datenbereitstellung
ERCP	endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
etc.	et cetera
ff.	fortfolgend
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 (Fallpauschalenvereinbarung 2013)
fzg.	fallzahlgewichtet
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GZF	Gleichzeitigkeitsfaktor
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
IG _M	Immunglobulin M
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
inkl.	inklusive
k_l	k lower – Kenngröße zur Berechnung des Grenzwertes für Kostenausreißer nach unten
k_u	k upper – Kenngröße zur Berechnung des Grenzwertes für Kostenausreißer nach oben

Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KÜ	Kostenübernahmeerklärung
$\log(x)$, $\ln(x)$	Logarithmus von x
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
med.	medizinisch
mg	Milligramm
Mio.	Millionen
mVWD	mittlere Verweildauer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PSY	Psychiatrie
q25	25%-Quantil
q50	Median
q75	75%-Quantil
RG	Relativgewicht
s	logarithmierter Interquartilsabstand
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
t_l	t lower – Grenzwert zur Bestimmung der Kostenausreißer nach unten (Lower-Kostenausreißer)
t_u	t upper – Grenzwert zur Bestimmung der Kostenausreißer nach oben (Upper-Kostenausreißer)
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem / und andere
ung.	ungewichtet
u.v.a.m	und viele[s] andere mehr
VBE 2014	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2014

vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung) mit § 17b Abs. 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beauftragt, das InEK mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu betrauen. Diesem gesetzlichen Auftrag sind die Selbstverwaltungspartner gefolgt. Zunächst wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppensitzung am 11. November 2013 ausführlich über die Details der Beauftragung insbesondere hinsichtlich der anzuwendenden Methodik beraten, was im Weiteren durch Abstimmungen im schriftlichen Umlaufverfahren finalisiert wurde. Die Beauftragung wurde abschließend im Spitzengespräch am 29. November 2013 konsentiert. Zum 31. Dezember 2014 war damit erstmals ein sogenannter Extremkostenbericht (für das Datenjahr 2013) vorzulegen, in dem die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern aufgearbeitet wird. Der vorliegende Extremkostenbericht stellt die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern sowie die Analyseergebnisse für das Datenjahr 2014 vor.

Nach ausführlicher Diskussion in den Fachgremien der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene über die methodische Herangehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer wurde konsentiert, die im ersten Extremkostenbericht etablierte Methodik beizubehalten. Mit Durchführung der zweiten Analyse zum Extremkostenbericht ist erstmals auch ein intertemporaler Vergleich auf Leistungs- und Krankenhausgruppenebene möglich. Die Stabilität der methodischen Herangehensweise bewirkt, dass beim intertemporalen Vergleich keine Auswirkungen etwaiger methodischer Veränderungen zu berücksichtigen sind. Neben die intertemporalen Vergleiche treten im vorliegenden Extremkostenbericht weitere Analysen wie beispielsweise gesondert betrachtete Leistungsgruppen, Analysen in Verweildauergruppen und Korrelationsrechnungen. Die neu aufgenommenen Analysen nahmen in den Diskussionen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene um die Weiterentwicklung des Extremkostenberichts eine zentrale Rolle ein.

Die zeitgerechte Umsetzung der Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern erforderte weitere Umstellungen im Kommunikationsprozess zwischen dem InEK und den Kalkulationskrankenhäusern. Zwar konnte durch einen frühzeitigen Beginn der Nachfragen und eine damit korrespondierende Priorisierung im Kommunikationsprozess das Augenmerk gleich zu Beginn der Kalkulationsphase auf die auffälligsten Fälle gelenkt werden. Dennoch entstand im InEK und insbesondere bei den Krankenhäusern eine erhebliche zusätzliche Belastung nahe der Zumutbarkeitsgrenze in der ohnehin arbeitsreichen Kalkulationsphase. Dass trotz der beträchtlichen Mehrbelastung ein umfassender Einblick in die Datenlage der Kostenausreißer gelungen ist, ist der engagierten Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kalkulationskrankenhäuser zu verdanken, die in detaillierter Art und Weise wesentliche Beiträge für die Analyse der Kostenausreißer geliefert haben. Dieser Extremkostenbericht ist daher mit einem besonders herzlichen Dank an die Kalkulationskrankenhäuser für die Teilnahme an der Kalkulation sowie das Engagement und die Geduld bei der Beantwortung der zahlreichen Nachfragen zur Kalkulation und zur Bearbeitung der Kostenausreißer verbunden.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Ruser
Abteilungsleiter
EDV & Statistik

Siegburg, 29. Februar 2016

1 Beauftragung des InEK

1.1 Gesetzliche Grundlage

Bereits mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) wurde in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine Regelung zur vertiefenden Prüfung von Kostenausreißern aufgenommen:

Entstehen bei Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen extrem hohe Kostenunterdeckungen, die mit dem pauschalierenden Vergütungssystem nicht sachgerecht finanziert werden (Kostenausreißer), sind entsprechende Fälle zur Entwicklung geeigneter Vergütungsformen vertieft zu prüfen.

Mit dieser Regelung wurden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beauftragt, eine vertiefte Prüfung von Kostenausreißern durchzuführen. In der Begründung zum Gesetzentwurf wird dazu ausgeführt, dass es sich dabei um „eine begrenzte Zahl von Fällen [handelt], die jedoch zu hohen Kostenunterdeckungen insbesondere bei Universitätskliniken und Krankenhäusern der Maximalversorgung führen.“¹ Die Selbstverwaltungspartner haben die grundsätzliche Beauftragung des InEK zur Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems entsprechend um die gesonderte Berücksichtigung von Kostenausreißern erweitert. Im InEK wurden bereits frühzeitig Routinen etabliert, um Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems gesondert in den Fokus zu rücken. Ein wichtiger Bestandteil dieser Arbeiten war die Etablierung einer sogenannten Extremkostendatenbank, in der die an der Kostenkalkulation beteiligten Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung Behandlungsfälle mit fallbezogenen zusätzlichen Informationen einspielen können. Die Auswahl der Behandlungsfälle obliegt dabei ausschließlich den Kalkulationskrankenhäusern. Die zusätzlichen Informationen liefern dem InEK wichtige Hinweise für eine mögliche verbesserte Abbildung dieser Behandlungsfälle in der DRG-Klassifikation. Über die Ergebnisse der Überprüfung und die verbesserte Abbildungsgenauigkeit von Kostenausreißerfällen berichtet das InEK regelmäßig in seinen Abschlussberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

Dieses Verfahren der Identifikation und Übermittlung von Kostenausreißerfällen hat seit seiner Etablierung dazu beigetragen, eine sachgerechte Abbildung von Kostenausreißerfällen in großem Umfang zu ermöglichen. Dennoch stößt das bestehende Verfahren unter dem Blickwinkel einer umfassenden und systematischen Prüfung von Kostenausreißerfällen an gewisse Grenzen. Einerseits existiert keine Konkretisierung der Begrifflichkeiten „Extremkostenfall“ oder „Kostenausreißer“, sodass die Auswahl der in die Datenbank eingespielten Behandlungsfälle stark vom jeweiligen Bearbeiter in den Kalkulationskrankenhäusern abhängig ist. Andererseits sind der Umfang der Beteiligung und der Grad der Aussagekraft der übermittelten Daten zwischen den Kliniken sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Um „mögliche Handlungsnotwendigkeiten auf einer belastbaren Grundlage beurteilen zu können“,² hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) in § 17b KHG einen Absatz 10 mit dem Auftrag zur regelmäßigen Erstellung eines Extremkostenberichts hinzugefügt:

¹ BT-Drucksache 16/3100 vom 24.10.2006: Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/CSU und SPD, Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), S. 193.

² BT-Drucksache 17/13947 vom 12.6.2013: Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), S. 37.

Über die nach Absatz 1 Satz 16 vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das DRG-Institut mit der Festlegung von Kriterien zur Ermittlung von Kostenausreißern und einer auf dieser Grundlage erfolgenden systematischen Prüfung, in welchem Umfang Krankenhäuser mit Kostenausreißern belastet sind. Das DRG-Institut entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das DRG-Institut von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das DRG-Institut veröffentlicht die Prüfergebnisse jährlich im Rahmen eines Extremkostenberichts, erstmals bis zum 31. Dezember 2014. In dem Bericht sind auch die Gründe von Kostenausreißerfällen und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern darzulegen. Auf der Grundlage des Berichts sind geeignete Regelungen für eine sachgerechte Vergütung von Kostenausreißern im Rahmen des Entgeltsystems zu entwickeln und durch die Vertragsparteien nach Absatz 2 zu vereinbaren.

Damit wurde die Palette der Veröffentlichungen des InEK um einen weiteren Baustein mit jährlicher Berichterstattung – den Extremkostenbericht – ergänzt. Das Gesetz enthält auch Vorgaben zur Vorgehensweise bei der Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern:

- Empirische Ermittlung von Kostenausreißern
- Systematische Prüfung der identifizierten Kostenausreißer
- Erhebung zusätzlicher Informationen bei den Kalkulationskrankenhäusern als Basis für die Analyse

Die maßgeblichen Eckpunkte für die Beauftragung des InEK mündeten in einer weiteren Konkretisierung insbesondere der zentralen Begriffe für die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene. Damit sollte auch eine einheitliche Definition des Begriffs „Kostenausreißer“ einhergehen, „da hierzu sehr unterschiedliche Vorstellungen bestehen“.³ Der Extremkostenbericht soll die Grundlage zur Ableitung von Vorschlägen zur sachgerechten Vergütung von Kostenausreißern bilden. Daher sollen durch entsprechende Fallprüfungen Kalkulations- oder Dokumentationsfehler zwingend ausgeschlossen werden. „Auf der Grundlage des Berichts sind bei Bedarf sachgerechte Vergütungsregelungen für Kostenausreißer zu entwickeln, die nach Satz 5 von den Vertragsparteien auf Bundesebene im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu vereinbaren sind.“⁴

1.2 Auftrag der Selbstverwaltungspartner

Nach ausführlichen Beratungen u.a. in einer Arbeitsgruppensitzung unter Beteiligung von Vertretern des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) am 11. November 2013 wurde die Beauftragung des InEK nach den Vorgaben des § 17b Abs. 10 KHG im Spitzengespräch der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene am 29. November 2013 konsentiert. Die Beauftragung besteht sowohl aus der Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern als auch aus den Eckpunkten für den vorzulegenden Extremkostenbericht.

1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern

Basis der Beratungen der Selbstverwaltungspartner zur Festlegung der Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern waren Untersuchungen zu Kostenausreißerfällen,

³ Ebenda.

⁴ Ebenda.

die der VUD bereits im Vorfeld durchgeführt hatte. Im Ergebnis der Beratungen wurde eine einheitliche Vorgehensweise konsentiert. Danach soll das InEK je DRG die Verteilung des Deltas zwischen Fallkosten und korrespondierenden Fallerlösen nach der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) als bereinigte Fallkosten betrachten. Bei der Ermittlung von Kostenausreißern hat sich das InEK dabei an drei statistischen Verteilungsfunktionen zu orientieren, die in der Literatur⁵ bei empirischen Analysen im Bereich von Krankenhausfinanzierungssystemen, insbesondere von Verweildauer und Verweildauerausreißern, Verwendung gefunden haben (siehe Kap. 1.4):

- Logarithmische Normalverteilung (Log-Normalverteilung)
- Weibull-Verteilung
- Gamma-Verteilung

Identifiziert das InEK eine grundsätzliche Veränderung der Herangehensweise als geeigneter, kann diese in Absprache mit den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene für die Ermittlung der Kostenausreißer genutzt werden.

Bei den Kostenausreißern sollen sowohl Kostenüberdeckungen als auch Kostenunterdeckungen betrachtet werden. Bei der Betrachtung werden den von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Fallkosten die damit korrespondierenden Erlöse nach der FPV gegenübergestellt.

1. Die Belastungsunterschiede durch die selektierten Kostenausreißer zwischen Krankenhäusern sollen als Finanzierungssaldo zwischen unter- und übergedeckten Behandlungsfällen absolut und relativ dargestellt werden.
2. Bei der relativen Betrachtung soll einem durchschnittlich mit Kostenausreißern belasteten Krankenhaus ein fester Bezugswert zugewiesen werden.
3. Die Belastungsunterschiede sollen entsprechend in Relation zum durchschnittlich belasteten Krankenhaus – zu diesem Bezugswert – dargestellt werden.

1.2.2 Eckpunkte für den Extremkostenbericht

Der Extremkostenbericht soll eine Übersicht über die bereits im DRG-System genutzten Ansätze und Instrumente zur Abbildung von Kostenausreißern enthalten. Darüber hinaus soll das InEK anhand der folgenden Fragen berichten, ob über die bereits bestehenden Vergütungsinstrumente hinaus eine ergänzende Regelung für die Vergütung von Kostenausreißern notwendig ist:

1. Gibt es in den Krankenhäusern auf DRG-Ebene oder auf Hausebene aufgrund von Kostenausreißern relevante Kostenunterdeckungen?
2. Stehen den Kostenunterdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene entsprechende Erlösüberdeckungen gegenüber?
3. Sind saldierte Kostenunter- und -überdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt?
4. Wie stellen sich Kostendeckungssalden auf DRG-Ebene oder auf Hausebene im Zeitverlauf dar?
5. Lassen sich Kostenausreißer sachgerecht über Patientenmerkmale identifizieren und über Anpassung von DRG-Splits oder die Einführung von Zusatzentgelten abbilden?

⁵ **Marazzi, A., Ruffieux, C. (1998):** Rules for Removing Outliers and Tests Based on Parametric Models for Estimating and Comparing Average Length of Stay, Proceedings of the 14th PCS/E International Working Conference, Manchester, S. 191–200.

Ruffieux, C., Paccaud, F., Marazzi, A. (2000): Comparing Rules For Truncating Hospital Length of Stay, Casemix Quarterly, 2, No. 1.

6. Lassen sich besonders mit Kostenausreißern belastete Krankenhäuser grundsätzlich mit vertretbarem Aufwand anhand von Strukturmerkmalen in den Leistungs-, Abrechnungs- und Kalkulationsdaten sachgerecht ermitteln? Strukturmerkmale könnten beispielsweise Parameter des §-21-Datensatzes und/oder weitere hausbezogene Indikatoren wie die Bettenzahl, die Versorgungsstufe oder der Spezialisierungsgrad sein.
7. Lassen sich Ursachen von Kostenausreißern und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern ermitteln, die nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sind?

Die oben genannten Fragen werden im Laufe des Extremkostenberichts in den entsprechenden Kapiteln aufgegriffen.

1.3 Zentrale Vorgaben der Beauftragung

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben den Begriff des Kostenausreißers im Sinne des § 17b Abs. 10 KHG definiert als „Fälle, die weitaus höhere Fallkosten aufweisen, als der Gesamterlös zur Kostendeckung vorsieht“. Betrachtet wird ausschließlich die Verteilung des Deltas zwischen Fallkosten und damit korrespondierenden Fallerlösen gemäß Fallpauschalenvereinbarung auf der Basis der bereinigten Kosten. Bei der Analyse der Kostenausreißer werden sowohl Kostenunterdeckungen als auch -überdeckungen betrachtet. Die statistische Ermittlung der Kostenausreißer identifiziert Fälle mit besonders hohen bereinigten Kosten ebenso wie Fälle mit besonders niedrigen bereinigten Kosten. Bei der Betrachtung der Kostenausreißer soll auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich Kostenüber- und -unterdeckungen der Kostenausreißer ausgleichen.

1.3.1 Definition von Fallkosten

Für die Analyse zum Extremkostenbericht werden bei der Datenannahme im Rahmen der Kostenerhebung auf der Fallebene zunächst die **bereinigten Fallkosten** nach der folgenden Formel berechnet:

	Fallkosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs (so wie vom Kalkulationskrankenhaus übermittelt)
abzgl.	Erlöse für bewertete Zusatzentgelte
abzgl.	Erlöse für unbewertete Zusatzentgelte
abzgl.	Erlöse für unbewertete Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen (NUB)
abzgl.	zusätzliche Entgelte für Überschreiten der oberen Grenzverweildauer
zuzgl.	Abschläge für Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer
zuzgl.	Abschläge für Verlegungen
=	bereinigte Fallkosten

Nach diesem Ansatz werden für die bereinigten Fallkosten alle Behandlungsfälle quasi als Inlier betrachtet. Die bereinigten Kosten repräsentieren demnach die Fallkosten, die ausschließlich durch Inlier-Erlöse aus dem Fallpauschalen-Katalog gedeckt werden müssen. Mit dieser Vorgehensweise soll vermieden werden, dass Behandlungsfälle schon deshalb als Kostenausreißer identifiziert werden, weil die Verweildauer des Patienten die obere Grenzverweildauer deutlich überstieg oder die Behandlung den Einsatz bestimmter Verfahren oder Arzneimittel erforderte, für die ergänzende Entgelte im Fallpauschalen-Katalog vorgesehen sind. Dabei wird unterstellt, dass

1. die Erlöse insbesondere aus Zusatzentgelten und NUB-Entgelten gute Schätzer für die (unbekannten) Kosten dieser eingesetzten Verfahren bzw. Arzneimittel und
2. die Erlöse für die Zu- und Abschläge nach dem Fallpauschalen-Katalog gute Schätzer für die (unbekannten) tagesbezogenen Kosten darstellen.

Dies ist insbesondere bei der Addition der Abschläge für Behandlungstage, an denen sich der jeweilige Patient nicht in stationärer Behandlung befand (beispielsweise Nicht-Erreichen der unteren Grenzverweildauer), zu beachten. Den so ermittelten bereinigten Kosten können nun die Inlier-Erlöse aus dem Fallpauschalen-Katalog gegenübergestellt werden. Kostenüber- und -unterdeckungen ergeben sich direkt aus dem Vergleich zwischen bereinigten Kosten und Inlier-Erlösen laut Fallpauschalen-Katalog. Die bereinigten Fallkosten bilden die Grundlage für die Analysen zum vorliegenden Extremkostenbericht. Die von der Selbstverwaltung zitierten Fachartikel beschreiben eine (in weiteren Kapiteln detailliert erläuterte) Vorgehensweise zur Ermittlung der Verteilungsfunktion und der darüber zu identifizierenden Kostenausreißer.

Bei der Berechnung der bereinigten Kosten wird der kalkulatorische Grundsatz der Kongruenz verletzt, da die Bereinigung anhand von Erlösen und nicht anhand von Kosten erfolgt. Die Vermischung von Kosten und Erlösen ist allerdings unvermeidbar, da im Rahmen der Kostenkalkulation nur Fallkosten für die gesamte Behandlung des Patienten vorliegen und entsprechend die Kosten für die Erbringung der einzelnen zusatzentgeltrelevanten Leistungen bzw. einzelner Behandlungstage nicht bekannt sind.

Die Bestimmung der Kostenausreißer ist nach den vorgegebenen statistischen Methoden von den zentralen Parametern der Verteilungsfunktion abhängig (vgl. Kap. 1.4). Die Methodik der Kostenbereinigung beeinflusst die Schätzer für die Parameter der Verteilungsfunktionen, die zur Ermittlung der Kostenausreißer verwendet werden. Bei der verwendeten Methodik werden die bereinigten Kosten auf der Basis von Inlier-Betrachtungen berechnet. Bildlich gesprochen werden dadurch die Fälle innerhalb der Verteilungsfunktion verschoben: Langlieger mit ansonsten unauffälligen Kosten werden in den „Verteilungsbauch“ (nach links) verschoben und Kurzlieger mit unauffälligen Kosten werden ebenfalls in den „Verteilungsbauch“ (nach rechts) verschoben. Eine solche Verschiebung auf der DRG-Ebene kann allerdings nur eintreten, wenn Kurz- und/oder Langliegerfälle in der jeweiligen DRG auch auftreten (können). Diese Verschiebung ergibt sich durch die Subtraktion der zusätzlichen Entgelte nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer für Langlieger und Addition der Abschläge für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer bei Kurzliegern bzw. das Nichterreichen der mittleren Verweildauer bei Verlegungsfällen. Der „Verteilungsbauch“ der schiefen Verteilung wird dadurch insgesamt „dicker“, d.h. Fälle, die nach ihren originalen Fallkosten (so wie vom Krankenhaus geliefert) am Verteilungsrand liegen würden, werden durch die verwendete Methodik in „die Mitte“ (den Bauch) der Verteilung der bereinigten Kosten verschoben. Dabei wird die Verteilungsfunktion einerseits nach links verschoben, andererseits zeigt die Verteilungsfunktion damit auch einen anderen funktionalen Verlauf (mit dickerem Bauch und anders steilen Rändern). Im Extremfall könnte ein Fall mit atypisch hohen Kosten nach der Bereinigung einen Kostenausreißer mit atypisch niedrigen bereinigten Kosten darstellen.

1.3.2 Datenqualität des einzelnen Behandlungsfalls

Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer und der Ableitung geeigneter Vorschläge zur Vergütung der Kostenausreißer müssen Dokumentations- und Kalkulationsfehler weitestgehend ausgeschlossen werden. Dazu sind sowohl die medizinische Dokumentation des Behandlungsfalls (die Diagnosen- und Prozedurenangaben) als auch die Dokumentation der Erlöse (Angaben aus der elektronischen Rechnung) zu prüfen. Die Erlösangaben und die medizinische Dokumentation des Behandlungsfalls sind, soweit diese Dokumentation Bestandteil des elektronischen Abrechnungsverkehrs ist, im Datensatz nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (im Folgenden §-21-Datensatz) enthalten.

Zusätzliche für die Beurteilung des Behandlungsfalls möglicherweise relevante medizinische Informationen können sich noch in der patientenindividuellen Dokumentation des Krankenhauses (Patientenakte) befinden. Auf diese Informationen hat das InEK, nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen, keinen Zugriff. Diese Informationen kann nur das behandelnde Krankenhaus sichten und im individuellen Einzelfall entscheiden, ob weitere medizinische Informationen vorliegen, die für eine spezifische Beurteilung durch das InEK erforderlich sind und unter Berücksichtigung des Datenschutzes an das InEK weitergegeben werden können. Bei der Dokumentation der Erlöse zielt die Überprüfung im Wesentlichen auf Vollständigkeit und Korrektheit der übermittelten Werte im §-21-Datensatz. Bei Auffälligkeiten im Kalkulationsdatensatz kann das InEK auf die Krankenhäuser in der Stichprobe zurückgreifen und das Zustandekommen der Kalkulationswerte gemeinsam mit den Krankenhäusern aufklären. Die Lieferung dieser Detailinformationen ist einerseits Bestandteil des gesetzlichen Auftrags an das InEK zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer und andererseits bereits seit Jahren Inhalt der zwischen InEK und Kalkulationsteilnehmern geschlossenen Kalkulationsvereinbarung und damit weitgehend geübte Praxis. Gleichwohl wurden Art und Anzahl der Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser auf Basis der Erfahrungen aus der Erstellung des ersten Extremkostenberichts adjustiert.

1.3.3 Auswahl einer geeigneten Verteilung

Für jede DRG-Fallpauschale werden in einem dynamischen Prozess die drei in Kapitel 1.2.1 genannten Verteilungsfunktionen berechnet und diejenige ausgewählt, welche die empirische Häufigkeitsverteilung am besten beschreibt. Die Auswahl der am besten geeigneten Verteilungsfunktion wird rechnerisch ermittelt. Die Autoren der von den Selbstverwaltungspartnern zitierten Artikel haben dazu eine datengetriebene Auswahlmöglichkeit entwickelt.⁶ Diesem Verfahren folgend wird vom InEK zur Auswahl der besten Verteilungsfunktion der Abstand zwischen der empirischen relativen Häufigkeit und den aus der theoretischen Verteilungsfunktion ermittelten Werten für jede Merkmalsausprägung berechnet. Diejenige Verteilungsfunktion, die für eine DRG den kleinsten Wert in der Summe der quadrierten Abstände aufweist, wird zur Identifizierung der Kostenausreißer der entsprechenden DRG-Fallpauschale verwendet (vgl. Kap. 2.1).

1.4 Exkurs: Die verwendeten Verteilungsfunktionen

In der Realität kann vielfach nicht davon ausgegangen werden, dass beobachtete Daten Werte (Ausprägungen) einer symmetrisch verteilten Zufallsvariablen sind. Entsprechend kann bei den Analysen dieses Berichts nicht davon ausgegangen werden, dass das beobachtete Merkmal (der bereinigte Kostenwert) symmetrisch um einen Wert verteilt ist. Ebenso wenig kann vorausgesetzt werden, dass sich die Ausprägungen über den gesamten (positiven) Bereich der reellen Zahlen erstrecken.

In der von der Selbstverwaltung zitierten Literatur wurde die Verweildauer in stationären Einrichtungen untersucht. Entsprechend wurde davon ausgegangen, dass nur positive Ereignisse auftreten können und die Merkmalsausprägungen (in diesem Falle die Verweildauer) keiner symmetrischen, sondern einer schiefen Verteilung folgen, die über einen **Form-** und einen **Skalenparameter** an die empirischen Daten angepasst wird.

Für eine Vielzahl an DRGs sind bei der Leistungserbringung beispielsweise implizit aufgrund von Sachkosten (z.B. Implantatkosten, medizinischer Sachbedarf) oder explizit aufgrund der Definition des Leistungsinhalts der DRG (z.B. Definition einer Einstiegsschwelle über Mindestverweildauer) von 0 € verschiedene Fallkosten zu erwarten. Im Ergebnis sind bestimmte

⁶ Marazzi, A., Paccaud, F., Ruffieux, C., Beguin, C. (1998): Fitting the distribution of length of stay by parametric models, *Medical Care*, 36, S. 915–927.

(niedrige) Kostenwerte je DRG kaum in den Kalkulationsdatensätzen vorhanden. Die bereinigten Kosten weisen im Ergebnis dann ebenfalls keine bzw. kaum Werte unterhalb einer bestimmten Wertgrenze auf. Die empirische Verteilungsfunktion hat damit eine von 0 € verschiedene Untergrenze. Durch Berücksichtigung des **Lageparameters**,⁷ der im Wesentlichen eine Verschiebung der Verteilungsfunktion ausdrückt, kann eine Verbesserung hinsichtlich der Beschreibung der empirischen Daten durch die theoretische Verteilungsfunktion erzielt werden. Der Lageparameter sorgt, vereinfachend ausgedrückt, dafür, dass der linke (steile) Anstieg der theoretischen Verteilungsfunktion nicht versucht, bis auf 0 € auszulaufen, sondern „nur“ bis auf den Wert des Lageparameters.

Die drei verwendeten Verteilungsfunktionen (Log-Normalverteilung, Weibull-Verteilung und Gamma-Verteilung) sind stetige Wahrscheinlichkeitsverteilungen. Ihre genaue Gestalt wird jeweils durch einen Lageparameter μ sowie einen Form- (σ , k oder p) und einen Skalenparameter (β , λ oder b) festgelegt. Die Verteilungen weisen eine positive Schiefe auf und sind damit nicht symmetrisch. Die Verteilungsfunktionen sind rechtsschief, d.h. der Kurvenverlauf der Dichtefunktion ist rechts flacher und links steiler als bei einer symmetrischen Dichtefunktion. Mit der Wahl dieser Verteilungsfunktionen können nur Werte größer μ als Merkmalsausprägungen auftreten. Mit den ausgewählten Verteilungsfunktionen werden im Rahmen der Extremkostenanalyse Kostenausreißer identifiziert, deren Kostendeckung anschließend betrachtet wird. Dabei werden definitionsgemäß auch Fälle als Kostenausreißer identifiziert, die zwar besonders hohe (oder niedrige) bereinigte Kosten aufweisen, im Rahmen einer Kosten-Erlös-Betrachtung allerdings vollkommen unauffällig sind.

Die in den nächsten Abschnitten erläuterten Parameterschätzungen der Verteilungen basieren auf den Arbeiten von Marazzi/Ruffieux (1998) und werden um den Aspekt des Lageparameters erweitert. Dabei sei der Lageparameter μ – in einer noch zu erklärenden Weise – fest vorgegeben.

Es werden die folgenden Begriffe verwendet:

- **Interquartilsabstand:** Allgemein bezeichnet der Interquartilsabstand die Differenz zwischen dem 75%-Quantil (q_{75}) und dem 25%-Quantil (q_{25}) einer Messreihe.
- Der **Median** sei mit q_{50} bezeichnet.
- Der **vom Lageparameter μ abhängige logarithmierte Interquartilsabstand** lässt sich berechnen als: $s = \ln(q_{75} - \mu) - \ln(q_{25} - \mu)$.

1.4.1 Logarithmierte Normalverteilung

Die logarithmierte Normalverteilung⁸ (auch Log-Normalverteilung) ist eine stetige Wahrscheinlichkeitsverteilung über der Menge der reellen Zahlen größer μ . Sie beschreibt die Verteilung einer Zufallsvariablen X , bei der die um μ verschobenen logarithmierten Werte der Zufallsvariablen ($\log(X - \mu)$ bzw. $\ln(X - \mu)$) normalverteilt sind. Eine der Log-Normalverteilung folgende Zufallsvariable entsteht aus dem Produkt mehrerer positiver Zufallsvariablen und stellt damit die einfachste Verteilungsart für multiplikative Modelle dar. Die Log-Normalverteilung wird beispielsweise zur Schätzung der Einkommensverteilung in Großunternehmen, der Modellierung von Empfindsamkeit bei Verabreichung von Medikamenten oder in der Versicherungsmathematik zur Bestimmung der Schadenshöhe bei Großschadensereignissen eingesetzt.

⁷ **Cohen, A.C. (1991):** Truncated and Censored Samples: Theory and Applications, *Statistics: A Series of Textbooks and Monographs*, Taylor & Francis.

⁸ Zu den statistischen Angaben vgl. beispielsweise die entsprechenden Kapitel in **Hartung, J. et al. (1987):** Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik, Oldenbourg, München, Wien, oder die Einträge zu den Verteilungsfunktionen in Wikipedia. Zu den Parameterschätzungen siehe auch **Marazzi/Ruffieux (1998)**.

Die **Dichtefunktion der Log-Normalverteilung** mit Skalenparameter β und Formparameter $\sigma > 0$ lautet für $x > \mu$:

$$f(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}\sigma(x - \mu)} e^{-\frac{(\ln(x-\mu)-\beta)^2}{2\sigma^2}}$$

Parameterschätzungen:

Schätzer für den Skalenparameter β : $\hat{\beta} = \ln(q50 - \mu)$

Schätzer für den Formparameter σ : $\hat{\sigma} = s / 1,349$

1.4.2 Weibull-Verteilung

Die Weibull-Verteilung ist eine stetige Wahrscheinlichkeitsverteilung über der Menge der reellen Zahlen größer μ . Benannt ist sie nach dem schwedischen Ingenieur und Mathematiker E. H. W. Weibull.⁹ Bei geeigneter Wahl der die Verteilungsfunktion bestimmenden Parameter kann die Weibull-Verteilung z.B. einer Normalverteilung oder einer Exponentialverteilung ähneln. Die Weibull-Verteilung wird typischerweise für die Bestimmung der Lebensdauer oder Ausfallhäufigkeit von Bauteilen (bei konstanter Ausfallrate entspricht die Weibull-Verteilung als Spezialfall der Exponentialverteilung) oder die statistische Verteilung der Windgeschwindigkeit verwendet. Die Weibull-Verteilung ist gedächtnisbehaltet, d.h. sie berücksichtigt die bereits vorhandenen Informationen zu einem Merkmal. Die Verteilung nutzt beispielsweise bei der Modellierung von Ausfallraten eines Bauteils nicht nur die Informationen zum Alter des Bauteils, sondern auch die zu den (historischen) Einsatzzeiten.

Die **Dichtefunktion der Weibull-Verteilung** mit Formparameter $k > 0$ und Skalenparameter $\lambda > 0$ lautet für $x \geq \mu$:

$$f(x) = \lambda k (\lambda (x - \mu))^{k-1} e^{-(\lambda (x-\mu))^k}$$

Parameterschätzungen:

Schätzer für den Formparameter k : $\hat{k} = (b - a) / s$

Schätzer für den Skalenparameter λ : $\hat{\lambda} = e^{c/\hat{k}} / (q50 - \mu)$

mit $a = \ln(\ln(4/3))$, $b = \ln(\ln(4))$ und $c = \ln(\ln(2))$

1.4.3 Gamma-Verteilung

Die Gamma-Verteilung ist eine stetige Wahrscheinlichkeitsverteilung über der Menge der reellen Zahlen größer μ . Sie ist eine direkte Verallgemeinerung der Exponentialverteilung und wird typischerweise zur statistischen Beschreibung von Bedienzeiten (= reine Bearbeitungsdauer eines Auftrags ohne Wartezeit im Rahmen der Warteschlangentheorie) oder in der Versicherungsmathematik zur Modellierung kleinerer bis mittlerer Schäden eingesetzt. Ihren Namen verdankt sie der Gamma-Funktion, die in der Dichtefunktion verwendet wird. Die **Dichtefunktion der Gamma-Verteilung** mit Formparameter $p > 0$ und Skalenparameter $b > 0$ lautet für $x \geq \mu$:

$$f(x) = \frac{b^p}{\Gamma(p)} (x - \mu)^{p-1} e^{-b(x-\mu)}$$

⁹ Weibull, W. (1939): A Statistical Theory of the Strength of Materials, Ingeniörsvetenskaps Akademiens Handlingar, 151, S. 1–45.

wobei für positive reelle Zahlen y die Gamma-Funktion $\Gamma(y)$ über das Integral $\int_0^\infty t^{y-1} e^{-t} dt$ definiert wird.

Parameterschätzungen:

Die Schätzung \hat{p} des Formparameters p ergibt sich als Lösung der Gleichung

$$F_p^{-1}(0,5) / [F_p^{-1}(0,75) - F_p^{-1}(0,25)] = (q50 - \mu) / [q75 - q25]$$

wobei $F_p^{-1}(u)$ das u -Quantil der Gamma-Verteilung mit Formparameter p und Skalenparameter $b = 1$ darstellt. Ist p berechnet, ergibt sich der

Schätzer für den Skalenparameter b :

$$\hat{b} = [F_{\hat{p}}^{-1}(0,75) - F_{\hat{p}}^{-1}(0,25)] / [q75 - q25]$$

2 Vorgehensweise und Datengrundlage

In diesem Abschnitt werden die Datengrundlage und die Vorgehensweise des InEK zur Identifikation und Analyse von Kostenausreißern gem. § 17b Abs. 10 KHG detailliert vorgestellt.

Für die Erstellung des Extremkostenberichts wurde diskutiert, inwieweit methodische Verbesserungen zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer aufgenommen werden sollen. Im Ergebnis wurden keine methodischen Veränderungen an der Vorgehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer etabliert. Hauptgrund für die unveränderte Herangehensweise ist die Tatsache, dass die Ergebnisse des vorliegenden Berichts mit den Ergebnissen des Extremkostenberichts 2015 verglichen werden können, ohne jeweils analysieren zu müssen, ob und wenn ja inwieweit sich unterschiedliche Ergebnisse auf die Anpassung der Herangehensweise zurückführen lassen. Abweichungen können sich damit nur noch dadurch ergeben, dass mit dem Datenjahr 2014 eine neue, anders zusammengesetzte Stichprobe als Analysemenge zur Verfügung steht und die Daten für die finale Analyse zum Extremkostenbericht nach dem aktuellen G-DRG-System gruppiert werden. Die zentralen Aussagen dieser Vorbemerkung fasst Abbildung 1 noch einmal zusammen.

Keine Veränderung in der methodischen Herangehensweise im Datenjahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr (Datenjahr 2013)

= kein Erklärungsbedarf bei Ergebnissen aufgrund Methodenwechsel

= nur unvermeidbare Änderungen in der Analysemenge:

1. Veränderte Zusammensetzung der Stichprobe (Fallmenge, Krankenhäuser)
2. Gruppierung nach dem aktuellen G-DRG-System 2016

Abbildung 1: Zentrale Aussagen zur Methodenidentität des Extremkostenberichts 2016 im Vergleich zum Vorjahr

Die unvermeidbaren Änderungen in der Analysemenge und deren Auswirkungen werden erforderlichenfalls in den entsprechenden Kapiteln zu den Ergebnissen der Analyse zum vorliegenden Extremkostenbericht jeweils angesprochen. Mit der Methodenidentität wird allerdings auch eine Schwäche der Systematik zur Identifikation von Kostenausreißern weitergeführt. In einer DRG mit vergleichsweise geringen Fall- und Tageskosten und hoher Homogenität bei relativ kurzen Verweildauern kann bereits ein um wenige hundert Euro teurerer Fall durch die gewählte Methodik zu einem Upper-Kostenausreißer werden, obwohl keine Besonderheiten in der Leistungserbringung vorliegen, die einem Etikett „Extremkosten“ genügen würden. Gleichzeitig weisen diese DRGs häufig hohe Fallzahlen auf, sodass im Ergebnis eine relativ hohe Kostenunterdeckung resultiert.

Darüber hinaus wurden auch neue Analysen in den vorliegenden Bericht aufgenommen:

1. Gesondert betrachtete Leistungsgruppen, vgl. Kapitel 3.4.2.3
2. Intertemporale Vergleiche auf Leistungsgruppen- und Krankenhausebene zwischen dem Datenjahr 2013 und dem Datenjahr 2014 (in den jeweiligen Kapiteln, wo möglich)
3. Vierfelderkoeffizient zur Untersuchung der Kostenausreißer-Anteile, vgl. Kapitel 3.4.4.2
4. Analyse nach Verweildauergruppen, vgl. Kapitel 3.4.4.3
5. Korrelationsrechnungen, vgl. Kapitel 3.4.7

2.1 Identifikation von Kostenausreißern

Zur Identifikation der Kostenausreißer je DRG-Fallpauschale muss zunächst auf empirischer Grundlage bestimmt werden, welcher Verteilungsfunktion die bereinigten Kosten (Berechnungsformel siehe Kap. 1.3.1) der jeweiligen DRG folgen.

Die bereinigten Kosten werden neu berechnet, wenn das Kalkulationskrankenhaus z.B. auf Basis einer Frage des InEK eine Korrektur der Kosten- oder Leistungsdaten im §-21-Datensatz vornimmt. Jedes Mal, wenn sich die Grundmenge der Kalkulationsdatensätze ändert oder die medizinische Klassifikation (der Gruppierungsalgorithmus) angepasst wird, wird automatisch bestimmt, welcher Verteilungsfunktion die bereinigten Kosten der einzelnen DRG auf Basis der hier beschriebenen Vorgehensweise folgen. Mit jeder Neubestimmung der Parameter der Verteilungsfunktionen werden auch die Kostenausreißer identifiziert. Diese dynamische Betrachtung erfolgt im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ggf. mehrfach täglich, da entsprechend häufig entweder Klassifikationsanpassungen anfallen oder die Krankenhäuser ihre Kalkulationsdatensätze korrigieren oder aber auf Basis der Kommunikation mit dem InEK so schwerwiegende Kalkulationsauffälligkeiten identifiziert werden, dass die entsprechenden Datensätze nicht verwendet werden können.

Die bereinigten Kosten werden für alle vollstationären Behandlungsfälle der 244 Kalkulationskrankenhäuser aus dem Datenjahr 2014 mit Kosten und Erlösen aus dem Jahr 2014 berechnet. Bei der Betrachtung der Kostenunter- bzw. -überdeckungen werden zur Erlösberechnung der DRG-Fallpauschalen das Relativgewicht der DRG aus dem Fallpauschalen-Katalog sowie der zum Krankenhaus gehörende Landesbasisfallwert des Jahres 2014 herangezogen.

2.1.1 Technisches Vorgehen

Für die Analysen zum Extremkostenbericht wird die Gesamtheit der vorliegenden Kalkulationsdatensätze des Datenjahres 2014 auf die Betrachtung der vollstationären Fälle bei Behandlung in Hauptabteilungen im DRG-Entgeltbereich beschränkt. Des Weiteren werden die folgenden Fälle ebenfalls nicht in die Betrachtung einbezogen:

- Fälle in Besonderen Einrichtungen sowie alle Fälle aus drei Krankenhäusern, die vollständig Besondere Einrichtungen nach der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2014 (VBE 2014) sind
- Begleitpersonen
- Rein vorstationäre Fälle
- Fälle mit Behandlung sowohl in Haupt- als auch in Belegabteilungen (Mischfälle)
- Überlieger mit unvollständiger Kostenkalkulation
- Fälle in unbewerteten DRGs (Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs)
- Fälle in unbewerteten Fehler-DRGs
- Ein-Belegungstag-Fälle bei impliziten Ein-Belegungstag-DRGs (siehe Seite 20)

Fälle, die sich nach Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern und detaillierter Analyse als nicht verwendbar für die vertiefenden Analysen zum Extremkostenbericht erweisen, werden ebenfalls aus der Datenbasis ausgeschlossen. Grundsätzlich wird zunächst für jede der 1.170 analysierten DRGs im **ersten Schritt** die empirische Häufigkeitsverteilung der bereinigten Kosten ermittelt.

In einem **zweiten Schritt** werden die Parameter der Log-Normal-, der Weibull- und der Gamma-Verteilung berechnet, um damit die Werte der Dichtefunktionen der theoretischen Verteilungen für die beobachteten bereinigten Kosten zu erhalten. Konkret bedeutet dies: Die relative Häufigkeit eines bestimmten Wertes der bereinigten Kosten gibt die empirische

Wahrscheinlichkeit für das Auftreten dieses Wertes der bereinigten Kosten an. In der theoretischen Wahrscheinlichkeitsfunktion (Dichtefunktion) wird nun berechnet, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Wert der bereinigten Kosten auftreten müsste, würde die Verteilungsfunktion einer auf den geschätzten Parametern basierenden Log-Normal-, Weibull- bzw. Gamma-Verteilung folgen.

Die konkrete Wahl des Lageparameters $\hat{\mu}$ beruht dabei auf der Lösung eines Optimierungsproblems, das im Rahmen der Erstellung des Extremkostenberichts mit einer heuristischen Herangehensweise approximativ gelöst wird. Für die jeweiligen Verteilungen wird der Lageparameter $\hat{\mu}$ so gewählt, dass die Summe der quadratischen Abstände der theoretischen und der empirischen Verteilungsfunktion im Intervall des 5%- und des 95%-Quantils am geringsten ist.

In diesem Bericht werden die theoretischen Verteilungen für $\mu = 0$ sowie $\mu = i \cdot q_{25} / 100$ für $i = 1, 2, \dots, 99$, d.h. auf einem äquidistanten Raster des Intervalls zwischen 0 und dem 25%-Quantil mit Rasterweite $h = q_{25} / 100$ berechnet, miteinander verglichen und die aus den 100 Simulationen bezüglich der Summe der quadrierten Abstände beste Verteilung ausgewählt. Als Zwischenergebnis ergeben sich nunmehr die beste Log-Normal-, die beste Weibull- und die beste Gamma-Verteilung je DRG.

Gemäß Marazzi/Ruffieux (1998) können – nach Erweiterung der Formeln um den Aspekt des Lageparameters – auf Basis von Kennwerten der empirischen Häufigkeitsverteilung die unteren und oberen Grenzwerte für die Ausreißer der einzelnen Verteilungen berechnet werden. Mit den in Kapitel 1.4 eingeführten Bezeichnungen lassen sich die Kenngrößen k_l (k lower) und k_u (k upper) mit $\hat{s} = \ln(q_{75} - \hat{\mu}) - \ln(q_{25} - \hat{\mu})$ wie folgt berechnen (Tabelle 1):

Verteilung	k_l (k lower)	k_u (k upper)
Log-Normal	$= 1,72 - 0,55 \hat{s}$	$= 1,725$
Weibull	$= 3,26 - 1,36 \hat{s} + 0,2 \hat{s}^2$	$= 1,2$
Gamma	$= 1,718 + 0,167 \hat{s} - 0,153 \hat{s}^2 + 0,024 \hat{s}^3$	$= 1,71 - 0,437 \hat{s} + 0,071 \hat{s}^2$

Tabelle 1: Kenngrößen für ausgewählte Verteilungen

Die **Grenzwerte** t_l (t lower) und t_u (t upper) der einzelnen Verteilungen ergeben sich dann als

$$t_l = e^{\ln(q_{50} - \hat{\mu}) - k_l \hat{s}} + \hat{\mu} \quad \text{und} \quad t_u = e^{\ln(q_{50} - \hat{\mu}) + k_u \hat{s}} + \hat{\mu}.$$

Kostenausreißer nach unten haben niedrigere bereinigte Kosten, als der Grenzwert t_l anzeigt; sie werden im Folgenden als **Lower-Kostenausreißer** bezeichnet. Kostenausreißer nach oben haben höhere bereinigte Kosten, als der Grenzwert t_u anzeigt; sie werden im Folgenden als **Upper-Kostenausreißer** bezeichnet. Die Fälle, die zwischen den Grenzwerten liegen, werden im Folgenden als **Between-Fälle** bezeichnet und repräsentieren die nicht atypischen Fälle. Der Lageparameter hat Auswirkungen auf die Berechnung der unteren und oberen Grenzwerte zur Bestimmung der Kostenausreißer und damit in der Konsequenz auch für die Deckung der Kostenausreißer.

Welche Grenzwerte für eine bestimmte DRG verwendet werden, um die Kostenausreißer nach unten sowie nach oben zu identifizieren, wird im **dritten Schritt** festgestellt. Dazu wird der Abstand zwischen der empirischen relativen Häufigkeit und der theoretischen relativen Häufigkeit berechnet und ins Quadrat gesetzt. In Anlehnung an Marazzi et al. (1998) wird für alle Fälle im Intervall zwischen dem 5%- und dem 95%-Quantil der bereinigten Kosten die Summe der quadrierten Abstände je Verteilungsfunktion berechnet. Diejenige Verteilungsfunktion als Zwischenergebnis aus dem zweiten Schritt, die je DRG die kleinste Summe von quadrierten Abständen aufweist, beschreibt die empirische Beobachtung am besten.

Im folgenden Kapitel wird die Vorgehensweise an einem Beispiel ausführlich erläutert.

Beim Vergleich der empirischen und der theoretischen Verteilungsfunktion sind einige Besonderheiten im Zusammenhang mit der DRG-Kalkulation und dem Gruppierungsalgorithmus zu beachten:

Das InEK führt während der Kalkulationsphase Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für die Kalkulationsdatensätze durch. Dabei sind Prüfungen auf das Vorliegen von mindestens zu erwartenden Kosten bezogen auf die dokumentierten Leistungen besser operationalisierbar und von den Kalkulationsteilnehmern zu bearbeiten als Prüfungen auf maximal zu erwartende Kosten (vgl. dazu z.B. Kap. 3.1).

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Anzahl der ermittelten Kostenausreißer sehr stark mit der Anzahl der Fälle, die in eine bestimmte DRG eingruppiert werden, korreliert. Fallzahlstarke DRGs weisen in der Regel eine hohe Anzahl von Kostenausreißern auf (relativ gesehen muss dies nicht der Fall sein). Darüber hinaus ist festzuhalten, dass bei einigen DRGs mit vergleichsweise geringen Fall- und Tageskosten und hoher Homogenität aufgrund der ermittelten Verteilungsfunktion die Grenzwerte zur Bestimmung der Upper-Kostenausreißer bei relativ geringen Ausprägungen liegen, sodass eine hohe absolute Anzahl von Kostenausreißern identifiziert wird. So ist beispielsweise ein Fall mit sieben Tagen Verweildauer und 250 € durchschnittlichen Kosten pro Tag in der DRG P67D *Gesundes Neugeborenes* bereits ein Upper-Kostenausreißer. Damit werden Fälle als Kostenausreißer identifiziert, die sich auf eine strukturelle Ursache (z.B. leicht erhöhte Verweildauer, leicht erhöhte durchschnittliche Kosten) zurückführen lassen, die keiner gesonderten Analyse im Rahmen des Extremkostenberichts bedarf. Schicksalhafte Kostenausreißer mit hohen Kosten, die ein entsprechend hohes finanzielles Risiko für die leistungserbringenden Krankenhäuser bedeuten würden, stehen im Fokus der Analysen zum Extremkostenbericht und werden bei den vorgenannten DRGs zwar auch gefunden, aber durch die hohe Anzahl von identifizierten Kostenausreißern überlagert. Bei den Analysen der Kostenausreißer ist die zur Verfügung stehende Zeit sinnvoll einzusetzen. Entsprechend konnten individuell analysierte und bei den Kalkulationskrankenhäusern nachgefragte Einzelfälle in fallzahlschwachen DRGs eher die vollständige Menge der ermittelten Kostenausreißer umfassen. Bei den fallzahlstarken DRGs haben sich aufgrund der hohen Anzahl ermittelter Kostenausreißer die individuellen Analysen auf die Kostenausreißer mit den höchsten Unter- bzw. Überdeckungen konzentriert. Die Entscheidung, welche Kostenausreißer einer DRG in die individuelle Analyse überführt werden, wurde anhand der Relevanz und Bedeutung der Kostenausreißer nach erster cursorischer Sichtung vorgenommen. Das bedeutet im Umkehrschluss bei der Gesamtschau der Kostenausreißer auch, dass die Datengrundlage im Extremkostenbericht bei den fallzahlschwachen DRGs qualitativ etwas besser als bei den fallzahlstarken DRGs ist, da der Anteil der individuell analysierten Einzelfälle in den fallzahlschwachen DRGs sehr viel höher ist.

Die zur Identifikation der besten Verteilungsfunktion für die bereinigten Kosten verwendeten Funktionen sind eingipfelige Verteilungen. Läge bei den empirischen Daten allerdings eine mehrgipfelige Verteilung vor, könnte die eingipfelige theoretische Verteilung keine optimale Anpassung an die empirischen Daten erzielen. Die auf Basis der theoretischen Verteilungsfunktion bestimmten Grenzwerte t_l und t_u zur Ermittlung der Lower- und Upper-Kostenausreißer würden damit auf Basis einer suboptimalen Verteilungsfunktion ebenfalls nicht optimal bestimmt werden. Die Problematik der Mehrgipfeligkeit tritt insbesondere bei DRGs auf, die als implizite Ein-Belegungstag-DRGs bezeichnet werden. Diese DRGs haben eine untere Grenzverweildauer von zwei Tagen; damit können nur Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag unterhalb der unteren Grenzverweildauer liegen (Kurzlieger). Entsprechend der Vorgehensweise zum ersten Extremkostenbericht werden die Ein-Belegungstag-Fälle der impliziten Ein-Belegungstag-DRGs aus der Betrachtung ausgeschlossen (weitere Erläuterungen zur Thematik der Mehrgipfeligkeit finden Sie in Kapitel 2.1.3 im Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2015).

2.1.2 Beispiel: Identifikation von Kostenausreißern für eine DRG

Am Beispiel der DRG E02A *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre* (G-DRG 2015) aus dem Datenjahr 2013 wird das oben beschriebene schrittweise durchgeführte Vorgehen exemplarisch erläutert.

Eine explorative Analyse der 124 Fälle der DRG E02A bringt zunächst folgende Kennwerte für die bereinigten Kosten (siehe Tabelle 2):

Kennwert	Kostenwert (in €)
Mittelwert	5.328,52
Standardabweichung	4.268,83
5%-Quantil (q5)	1.829,76
25%-Quantil (q25)	2.878,08
Median (q50)	3.587,25
75%-Quantil (q75)	6.174,22
95%-Quantil (q95)	14.708,27

Tabelle 2: Ausgewählte Kennwerte der bereinigten Kosten für die DRG E02A, Datenjahr 2013

Die Rasterweite für die Verschiebung der Verteilungsfunktionen über den Lageparameter ist $h = q_{25} / 100 = 28,78$, sodass die Verschiebungen $\mu = 0$, $\mu = 28,78$, $\mu = 57,56$, ..., $\mu = 2.849,30$ betrachtet werden. Der vom Lageparameter abhängige logarithmierte Interquartilsabstand $s = \ln(q_{75} - \mu) - \ln(q_{25} - \mu)$ liegt im Wertebereich zwischen 0,763 und 4,749. Die Parameterschätzungen (siehe Kap. 1.4), die Kennwerte k_l und k_u sowie die beiden Grenzwerte t_l und t_u (siehe Kap. 2.1.1) sind in Tabelle 3 dargestellt.

		Log-Normal	Weibull	Gamma
Parameterschätzung	Lage	$\hat{\mu} = 690,74$	$\hat{\mu} = 1.122,45$	$\hat{\mu} = 661,96$
	Form	$\hat{\sigma} = 0,681$	$\hat{k} = 1,488$	$\hat{p} = 1,721$
	Skala	$\hat{\beta} = 7,971$	$\hat{\lambda} = 1 / 3.153,29$	$\hat{b} = 1 / 2.087,18$
Kennwert	k_l (k lower)	1,215	2,046	1,761
	k_u (k upper)	1,725	1,200	1,371
Grenzwert	t_l (t lower)	1.639,40	1.406,01	1.249,67
	t_u (t upper)	14.828,85	9.884,27	10.862,54

Tabelle 3: Parameterschätzer, Kennwerte und Kostengrenzwerte für die drei Verteilungsfunktionen der bereinigten Kosten für die DRG E02A, Datenjahr 2013

Abbildung 2 zeigt das Histogramm der empirischen Häufigkeitsverteilung zusammen mit den drei möglichen Verteilungsfunktionen.

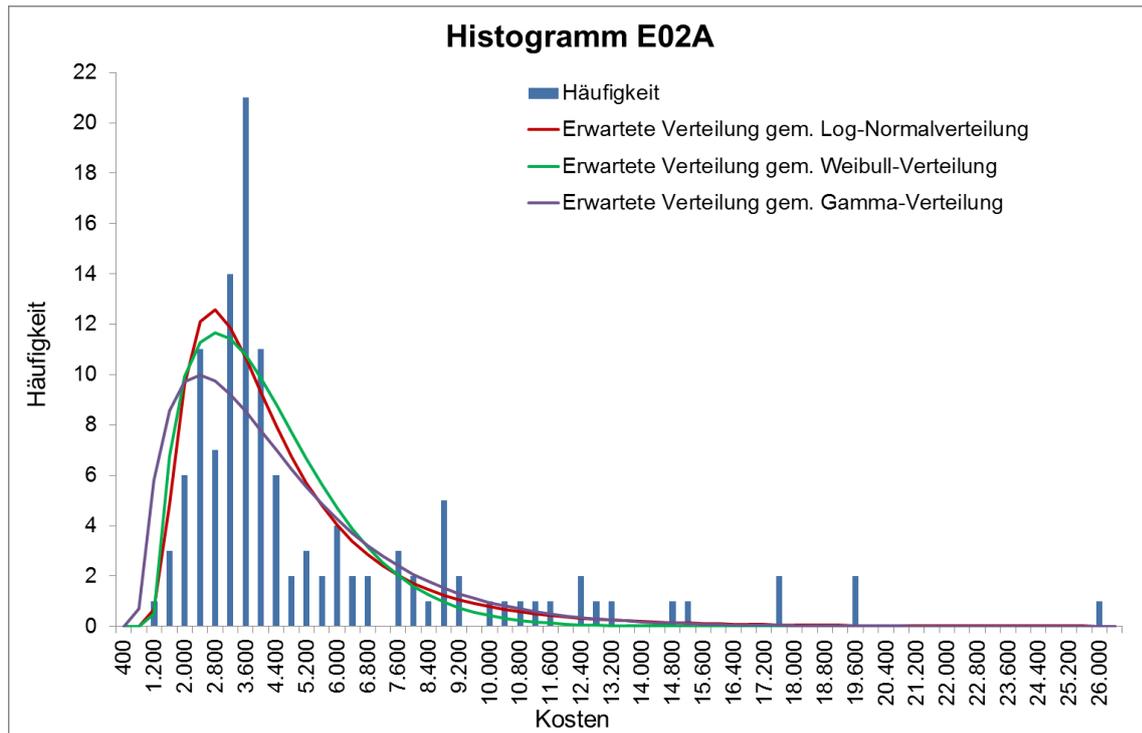


Abbildung 2: Histogramm der bereinigten Kosten für die DRG E02A, Datenjahr 2013

Die Entscheidung für die am besten beschreibende Verteilungsfunktion fällt durch Analyse der Summe der quadrierten Abstände (siehe Tabelle 4) zwischen den empirischen Häufigkeiten und den gemäß der jeweiligen Verteilung erwarteten Häufigkeiten im oben beschriebenen Kostenintervall (vgl. Kap. 2.1.1):

	Log-Normal	Weibull	Gamma
Summe der quadrierten Abstände	232,07	257,51	277,20

Tabelle 4: Summe der quadrierten Abstände zwischen empirischen Häufigkeiten und gemäß jeweiliger Verteilung erwarteten Häufigkeiten der bereinigten Kosten für die DRG E02A, Datenjahr 2013

Da die Summe der quadrierten Abstände mit 232,07 für die Log-Normalverteilung den geringsten Wert der drei betrachteten Verteilungsfunktionen aufweist, wird unterstellt, dass die bereinigten Kosten für die DRG E02A einer Log-Normalverteilung folgen. Gemäß Tabelle 3 liegen die Grenzwerte für die Ermittlung der Kostenausreißer damit bei 1.639,40 € für die Lower-Kostenausreißer und bei 14.828,85 € für die Upper-Kostenausreißer. In Abbildung 3 werden die Grenzwerte für die Lower- und Upper-Kostenausreißer durch rote eckige Pfeile angezeigt.

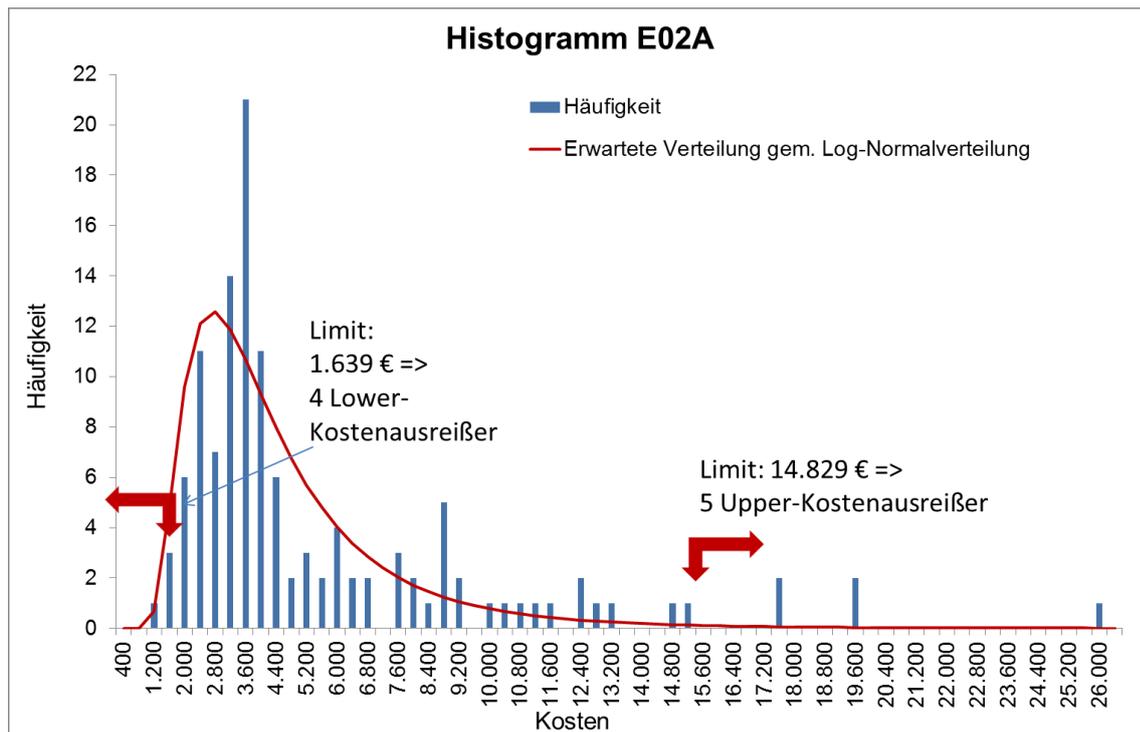


Abbildung 3: Histogramm und Kostenausreißer der bereinigten Kosten für die DRG E02A (Log-Normalverteilung), Datenjahr 2013

Von den 124 Fällen sind gemäß den Grenzwerten, die sich aus der Log-Normalverteilung ergeben, 4 Fälle (3,2%) Lower-Kostenausreißer und 5 Fälle (4,0%) Upper-Kostenausreißer. Innerhalb der Kostengrenzen liegen 115 Fälle (92,8%).

Die Zuordnung der passenden Verteilung hat deutliche Auswirkungen auf die Identifikation der Kostenausreißer. Der funktionale Verlauf der anderen Verteilungsfunktionen gepaart mit anderen Grenzwerten (vgl. Tabelle 3) führt zur Identifikation anderer Fälle als Kostenausreißer. Hätte der Auswahlprozess beispielsweise ergeben, dass die bereinigten Kosten für die DRG E02A der Weibull-Verteilung folgen, würden sich 1 Lower- und 15 Upper-Kostenausreißer ergeben. Hätte der Auswahlprozess ergeben, dass die bereinigten Kosten für die DRG E02A der Gamma-Verteilung folgen, würden 1 Lower- und 13 Upper-Kostenausreißer identifiziert werden.

2.2 Spannungsfeld Systementwicklung – Extremkostenbetrachtung

In der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems liegt der Fokus der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bei einem vom Einzelfall abstrahierenden Prüfungsansatz. Dabei wird analysiert, ob die von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und auch inhaltlich ein stimmiges Bild des Behandlungsfalles 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. Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den inhaltlichen Prüfungen im Mittelpunkt der Analyse. Auffälligkeiten in den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen führen nur dann zu einer Nichtberücksichtigung des betroffenen Falles im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, wenn die Berücksichtigung in einer fehlerbehafteten Bewertung

der DRG-Fallpauschale resultieren würde. Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen unterstützen das Ziel, die Bewertungsrelationen eines pauschalierenden Entgeltsystems auf Basis der bestehenden Kalkulationsvorgaben bestmöglich zu kalkulieren. Ein durch die Prüfungen in dieser Situation als unauffällig beschriebenes Kalkulationsergebnis bedeutet nicht, dass bei einer Einzelfallbetrachtung im Sinne einer Deckungsbeitragsrechnung ebenfalls die Entscheidung eines kongruenten Kalkulationsergebnisses getroffen werden würde. Durch die Betrachtung von Kostenausreißerfällen unter Berücksichtigung der mit den Fällen verbundenen Erlöse wurden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen um die bis zum Datenjahr 2012 weniger beachtete Komponente der Kongruenz des Kalkulationsergebnisses bei einer Einzelfallbetrachtung im Sinne einer Kostentragfähigkeit erweitert. Der bestehende Mehr-Ebenen-Ansatz in der Analyse der Kalkulationsfälle wurde damit bereits im letzten Jahr um eine weitere Betrachtungsebene erweitert. Im Fokus dieser neuen Betrachtungsebene steht die Kostentragfähigkeit des Einzelfalles, d.h. in das Zentrum der Analyse der Kostenausreißerfälle rückt das Zusammenspiel aus dokumentierter Leistung, Kalkulationsergebnis und generierter (bzw. zu generierender) Erlöse. Bei Auffälligkeiten in diesem Zusammenspiel wird nicht primär eine Entscheidung zur Berücksichtigung bzw. Nichtberücksichtigung des Falles bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems getroffen. Vielmehr ist nach intensiver Analyse der Ursachen des auffälligen Kalkulationsergebnisses, der Erlössituation und der Leistungsdokumentation eine mehrstufige Entscheidung zu treffen. Solange im zeitlichen Ablauf den Kalkulationsteilnehmern die Möglichkeit gegeben ist, mögliche Fehler zu korrigieren, liegt der Fokus der Prüfungen darauf, die Prüfergebnisse an die Kalkulationsteilnehmer zu kommunizieren und eine Korrektur der identifizierten Auffälligkeit hinsichtlich Dokumentation bzw. Kalkulation zu erreichen. Nach Ablauf der Korrekturfrist Ende Mai muss für jeden identifizierten Kostenausreißerfall entschieden werden, ob er für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und/oder für die vertiefende Analyse bei der Erstellung des Extremkostenberichts Verwendung finden kann. Schematisch gesehen ist damit jeder identifizierte Kostenausreißerfall dem entsprechenden Feld der folgenden Matrix in Abbildung 4 zuzuordnen:

		Verwendung Pflege G-DRG-System	
		ja	nein
Verwendung Extremkostenbericht	ja	1	2
	nein	3	4

Abbildung 4: Matrix zur Einteilung der Fälle hinsichtlich ihrer Verwendung zur Pflege des G-DRG-Systems und/oder im Extremkostenbericht

So kann ein Fall im Feld 1 der Matrix für die Entgeltkalkulation als Langlieger mit entsprechend hohen Kosten Verwendung finden (zur Bestimmung der zusätzlichen Vergütung bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer) und gleichwohl mit einer vertiefenden Analyse einen Beitrag für den Extremkostenbericht liefern (Ursache der hohen Kosten außerhalb der Verweildauer). Ebenfalls dem Feld 1 der Matrix zuzuordnen ist folgender Fall:

Beispielfall A: (Lower-Kostenausreißer)

- Inlier, DRG B70I Apoplexie [...], Stundenfall
- Sehr geringe Gesamtkosten, keine Stationskosten
- Kostenausreißerfall mit Überdeckung

- Für die Systementwicklung unproblematischer Fall mit einer plausiblen Verweildauer in einer Ein-Belegungstag-DRG
- Für den Extremkostenbericht ist die Kostenhöhe zu plausibilisieren und zu begründen

Dieser Fall ist ein in der beschriebenen DRG typischer Stundenfall mit geringen Kosten und daraus resultierender Kostenüberdeckung, der jedoch keine kalkulatorischen oder dokumentarischen Implausibilitäten aufweist und daher für die Extremkostenmenge zu verwenden ist.

Ein Fall im Feld 2 der Matrix kann als kalkulationsauffälliger Inlier nicht für die Entgeltkalkulation verwendet werden, da die Berücksichtigung des Kalkulationsergebnisses eine Verzerrung der Inlierbewertung auslösen könnte, aber mit der Ursache für das Kalkulationsergebnis dennoch einen Beitrag für den Extremkostenbericht liefern.

Beispielfall B (Upper-Kostenausreißer):

- Inlier, DRG E77D Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]
 - Mit Normalstationskosten > 800 € je Tag (davon 500 € für den Pflegedienst)
 - Starke Kostenunterdeckung
- Bei Systementwicklung unerklärter Ausreißer mit Auswirkung auf die Kostenstruktur der DRG-Fallpauschale (Fallausschluss)
- Beantwortung der Rückfrage zu dem Fall durch das Krankenhaus zu spät, sodass er im Extremkostenbericht verwendet worden ist

Beispielfall C (Lower-Kostenausreißer):

- Inlier, DRG E77D Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]
 - Mit Normalstationskosten < 70 € je Tag (davon 20 € für den Pflegedienst)
 - Starke Kostenüberdeckung
- Bei Systementwicklung unerklärter Ausreißer mit Auswirkung auf die Kostenstruktur der DRG-Fallpauschale (Fallausschluss)
- Beantwortung der Rückfrage zu dem Fall durch das Krankenhaus zu spät, sodass er im Extremkostenbericht verwendet worden ist

In den Beispielen B und C wurden dem Krankenhaus im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen Nachfragen zur Kostenkalkulation übermittelt. Die Fälle wurden auf Basis der bestehenden Kalkulationsprozesse bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2016 nicht verwendet; gleichwohl wurden sie in der Analysemenge zum Extremkostenbericht belassen. Aus der Analysemenge wurden mit wenigen Ausnahmen nur Fälle herausgenommen, bei denen auf Nachfrage des InEK auch eine Antwort des Krankenhauses vorlag. Die Ausnahmen beziehen sich auf nachgefragte Fälle mit Kalkulationsauffälligkeiten, bei denen vom Krankenhaus keine Erläuterung vorlag und die Dimension der Auffälligkeit bei Berücksichtigung in der Analysemenge zu einer deutlichen Fehlschätzung der Kostenbelastung geführt hätte.

Ein Fall im Feld 3 der Matrix wird zwar in der Analyse zunächst als Kostenausreißerfall identifiziert; die Berücksichtigung des Falles hat aber bei der Bestimmung der Bewertungsrelationen eines pauschalierenden Entgeltsystems keine Auswirkungen. Bisher wurden solche Fälle nicht gesondert analysiert, da die Verweildauer des Falles plausibel ist und das zusätzliche Entgelt nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer normativ berechnet wird. Erst

durch die Beauftragung zur Überprüfung von Kostenausreißerfällen werden diese Fälle einer gesonderten Analyse unterzogen. Der folgende Beispielfall D geht nicht in die Analysemenge zur Erstellung des Extremkostenberichts ein, da eine bekannte Kalkulationsbedingung in Verbindung mit der statistischen Ermittlung der Kostenausreißerfälle ursächlich für die Identifikation des Falles als Kostenausreißer ist.

Beispielfall D: (Upper-Kostenausreißer)

- Langlieger, DRG G07A Appendektomie [...]
 - Tageskosten auf Intensivstation > 2.500 €
 - Intensivkosten über Gewichtungsmodell zugeordnet
 - Kostenausreißerfall mit Kostenunterdeckung
- Für die Systementwicklung unproblematischer Fall aufgrund seiner Nichtverwendung zur Berechnung des zusätzlichen Entgelts bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer
- Für den Extremkostenbericht problematisch, da die Kostenunterdeckung möglicherweise über ein verzerrtes Gewichtungsmodell erzeugt wird (tatsächliche Personalbindung vs. zugeordnete Kosten)

Von zentraler Bedeutung für die Verwendung eines Falles aus den Feldern 2 oder 3 der Matrix in Abbildung 4 für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ist die Rückmeldung des Krankenhauses im Kostenausreißerreport. So wären die Beispielfälle C und D bei früherer Rückmeldung des Krankenhauses – und gleichzeitig Einräumung eines Kalkulationsfehlers – nicht für den Extremkostenbericht berücksichtigt und folglich in Feld 4 der Matrix eingruppiert worden. Sowohl eine Nachfrage an die Krankenhäuser als auch die Beantwortung war jedoch vor allem bei der Vielzahl an Fällen in hochstandardisierten DRGs nicht immer möglich. Insbesondere die Zuordnung von Fällen zu Feldern 2 und 3 der Matrix ist bei verspäteter oder ausbleibender Rückmeldung des Krankenhauses ein unauflösbares Dilemma.

Ein Fall im Feld 4 der Matrix enthält einen so schwerwiegenden Kalkulationsfehler, dass er weder für die Entgeltkalkulation noch für die Berücksichtigung im Extremkostenbericht herangezogen werden kann.

2.2.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen

Für den Extremkostenbericht 2015 wurde eine Reihe von ergänzenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen entwickelt, um den Anforderungen der Analyse gerecht werden zu können. Auf Basis der Erkenntnisse bei der Bearbeitung des ersten Extremkostenberichts und der Fülle der Rückmeldungen der Krankenhäuser wurden die bereits bestehenden Prüfungen in diesem Jahr verfeinert, präzisiert und genauer auf den zu prüfenden Sachverhalt spezifiziert. Damit konnten die bestehenden Prüfungen für den Extremkostenbericht zielgerichtet adjustiert werden, ohne die Krankenhäuser mit weiteren neuen Prüfungen belasten zu müssen. Die inhaltlichen Weiterentwicklungen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen können den themenbezogenen Ausführungen zu den Prüfungsergebnissen in den nachfolgenden Kapiteln entnommen werden.

2.2.2 Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation

Die für den ersten Extremkostenbericht eingeführte Herangehensweise eines Mehr-Ebenen-Ansatzes in der Kommunikation zwischen InEK und Krankenhaus für Anfragen wurde für das Datenjahr 2014 weiterentwickelt.

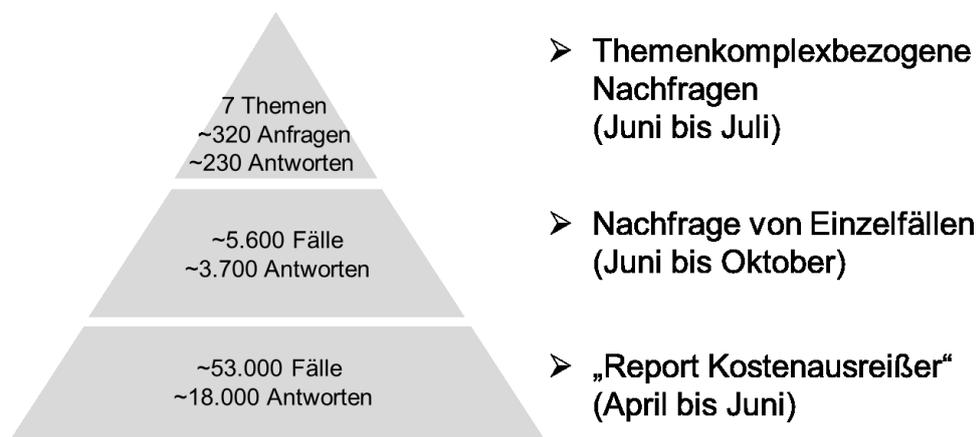


Abbildung 5: Übersicht zur Anzahl der Nachfragen und Antworten, Datenjahr 2014

Die nachgefragten Themenkomplexe umfassten den Kreißsaal, den Funktionsdienst bzw. den medizinischen Sachbedarf im OP, Einzelkosten für Medikamente, Stammzellen sowie die Normal- bzw. Intensivstation. Eine genauere Betrachtung dieser Gebiete erfolgt im weiteren Verlauf dieses Berichtes. Im Vergleich zum letzten Jahr ist eine leicht steigende Anzahl im Bereich der themenkomplexbezogenen Anfragen zu erkennen. Allerdings ist dabei zu beachten, dass den Krankenhäusern nur einige wenige Beispielfälle zugeschickt worden sind, bei Beantwortung einer systematischen Auffälligkeit jedoch viele weitere Fälle, die ebenfalls im Zuge dieser Systematik auffällig geworden sind, als beantwortet gelten können. In Summe wurde auf diesem Wege eine Fallzahl von ca. 10.000 erreicht, von denen gute zwei Drittel mit einer Rückmeldung der Krankenhäuser versehen werden konnten. So konnten deutlich mehr Fälle als im letzten Jahr nachgefragt und beantwortet werden. Bei den Einzelfallnachfragen waren mehr Anfragen als im letzten Jahr unumgänglich, da aufgrund verbesserter Prüfalgorithmen mehr Fälle als unplausibel erkannt wurden. Einzelfälle wurden am häufigsten nachgefragt aufgrund Implausibilitäten zwischen Kosten und Entgelten für teils hochteure Medikamente. Wie im weiteren Verlauf des Berichts noch genauer erläutert wird, gab es mehrere Konstellationen, die zu einer Nachfrage in diesem Bereich geführt haben. Mit dem Anstieg der Anzahl der Nachfragen ist gleichzeitig ein Anstieg der Krankenhäuser verbunden, denen Nachfragen übersandt wurden. Die Belastung durch die Nachfragen hat sich im Ergebnis damit auf mehr Krankenhäuser als im Vorjahr verteilt. Deutlich gesenkt werden konnte hingegen die Anzahl der Fälle im Kostenausreißerreport. Ein Rückgang um 25% in der ersten Phase sowie eine nochmalige Reduktion (siehe nachfolgendes Kapitel) nach Ende der Datenannahmephase konnte hier verzeichnet werden. Damit konnte die zumutbare Belastung im Zeitverlauf im Vergleich zum Vorjahr verbessert werden.

2.2.2.1 Report Kostenausreißer

Die Krankenhäuser liefern während der jährlichen Kalkulationsphase Kosten- und Leistungsdaten der Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres, für die DRG-Kalkulation zum Fallpauschalen-Katalog 2016 folglich Fälle aus dem Jahr 2014. Diese waren zum 31. März 2015 an das InEK zu übermitteln. Unmittelbar im Anschluss an die Datenannahme schließt sich ein mehrstufiger, teilautomatisierter Prozess der Datenvalidierung an, der in diesem Jahr im Hinblick auf die Erfordernisse der Extremkostenanalyse nochmals erweitert wurde. Wesentliche Parameter, die in diesen Prüfungen eine Rolle spielen, sind die Kostenverteilung der Fälle innerhalb der DRG-Fallpauschalen einerseits und die Definition der DRG sowie ggf. von Zusatzentgelten und NUB andererseits.

Zum Zeitpunkt der Datenannahme liegen noch keine validierten Kostendaten aus dem Jahr 2014 vor. Entsprechend können zum Beginn der Datenannahme die in Kapitel 2.1 beschriebenen Verfahren zur Auswahl einer Verteilungsfunktion je DRG und die damit verbundene empirische Ermittlung von Kostenausreißern nicht auf Daten des Jahres 2014 angewendet werden. Empirisch ermittelte Kostengrenzwerte zur Identifikation von Kostenausreißern für Zwecke des Extremkostenberichts können sich daher nur auf den Datenbestand der Kalkulation des Vorjahres – und somit die Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2013 – stützen. Vor Beginn der Kalkulationsphase wurden daher vom InEK unter Anwendung der am besten geeigneten Verteilungsfunktion (vgl. Kap. 2.1) die obere und untere Kostengrenze für jede DRG ermittelt. Die zur Bestimmung der Kostenausreißerfälle zu ermittelnden Grenzwerte wurden wie dargestellt auf Basis der plausibilisierten Daten des letzten Jahres berechnet. Dabei wurden die Fälle gemäß G-DRG-Version 2014/2015 gruppiert.

Der Datenbestand für die Analyse zum Extremkostenbericht zum Zeitpunkt der Datenannahme wurde als „Extremkostendatenmenge I“ bezeichnet:

„Extremkostendatenmenge I“

Verwendung März – Mai 2015

Falldaten des Jahres 2014

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Jahres **2013**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG **2014/2015**

Alle Fälle, deren bereinigte Kosten die obere Kostengrenze überschreiten, werden als Kostenausreißerfälle mit hohen Kosten (Upper-Kostenausreißer) identifiziert. Die Fälle, deren bereinigte Kosten unterhalb der ermittelten Untergrenze liegen, zählen als Kostenausreißerfälle mit geringen Kosten (Lower-Kostenausreißer). Dies sind die im Sinne der Beauftragung durch die Selbstverwaltungspartner atypischen Fälle. Die Kosten der übrigen Fälle, die zwischen den beiden ermittelten Grenzen liegen (Between-Fälle), fallen unter die in der jeweiligen DRG übliche Streuung; diese Fälle gelten somit nicht als Kostenausreißer. Die ermittelten Kostenausreißerfälle wurden dem Krankenhaus nach jeder Datenlieferung in Form eines die eigentlichen Plausibilitätsprüfungen ergänzenden Berichts (Kostenausreißerreport) übermittelt. Voraussetzung für die Aufnahme eines Falles in den Kostenausreißerreport war, dass zusätzlich zu den jenseits des Grenzwerts liegenden Kosten auch mindestens eine Auffälligkeit in den Plausibilitätsprüfungen vorlag, sodass ein Kalkulations- oder Dokumentationsfehler vermutet werden konnte. Nicht in jedem Fall bestand allerdings ein direkter Sachzusammenhang zwischen der übermittelten Kostenhöhe und der von den Plausibilitätsprüfungen identifizierten Kalkulationsauffälligkeit.

Der dem Krankenhaus übersandte Kostenausreißerreport enthielt neben der Fallnummer weitere Informationen wie die Verweildauer, die übermittelten Kosten, die DRG sowie eine Auflistung der Auffälligkeiten des Falles. Neben den Fällen, die aufgrund ihrer hohen bzw. niedrigen Gesamtkosten im Report aufgeführt sind, wurde darüber hinaus noch eine zweite Fallmenge ermittelt und in den Kostenausreißerreport aufgenommen. Diese bestand aus Fällen, deren Einzelkosten (z.B. Implantate, teure Medikamente etc.) mindestens 5.000 € über dem durchschnittlichen Wert der Einzelkosten im entsprechenden Modul der jeweiligen DRG lagen. Insgesamt wurden auf diese Weise rund 53.000 Fälle ermittelt, die den Krankenhäusern im Kostenausreißerreport zugesandt wurden. Bei einem empirisch zu erwartenden Kostenausreißer-Anteil von ca. 5–6% müssten in den Kostenausreißerreporten rund 250.000 Fälle aufgelistet werden. Aus Gründen der Durchführbarkeit der Bearbeitung insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern konnte der Anteil durch die beschriebenen Beschränkungen im Ausweis des Reports massiv auf ca. 1% reduziert werden. Aus Praktikabilitätsgründen wurden damit rund 200.000 Fälle, die durch das statistische Verfahren eigentlich als Kostenausreißer identifiziert wurden, nicht in den Fokus der Analysen gerückt. Um eine möglichst zügige und spezifische Bearbeitung der trotz dieser Einschränkungen immer noch hohen Fallzahl gewährleisten zu können, wurde von Seiten des InEK nach dem Ende der Kalkulationsphase eine weitere Reduktion dieser Datenmenge angestrebt. Über eine zweite

Selektionsstufe, die aus mehreren Prüfungen bestand, konnte die relevante Fallzahl nochmals deutlich verringert werden, sodass letztendlich noch rund 11.000 Fälle an die Kalkulationskrankenhäuser übermittelt wurden. Gleichzeitig erhielten die Krankenhäuser auf diesem Wege genauere Informationen zu den potentiellen Auffälligkeiten, die über die reinen Plausibilitätsfehler hinausgingen.

Durch den Kostenausreißerreport konnte den Kalkulationskrankenhäusern frühzeitig ein Hinweis auf kostenauffällige Fälle gegeben werden. Damit konnte die Aufmerksamkeit auf mögliche systematische Kalkulationsfehler gelenkt und den Krankenhäusern ausreichend Zeit für die Analyse auffälliger und ggf. die Korrektur fehlerhafter Fälle eingeräumt werden. Darüber hinaus erhielt das InEK weiterführende Informationen zu Kostenauffälligkeiten innerhalb einer DRG, die möglicherweise in ihrer Fallzusammensetzung inhomogen ist. Die Überschreitung der jeweiligen DRG-bezogenen plausiblen Kosten kann dabei durch hohe Kosten begründet sein, die nur bei einigen Fällen der DRG auftreten, jedoch im überwiegenden Teil der Fälle in dieser DRG typischerweise nicht anfallen. Möglicherweise fallen in einer DRG zwar regelhaft hohe Kosten etwa für Implantate oder andere teure Medikalprodukte an, bestimmte Fälle übersteigen aber den (entsprechend hohen) plausiblen Kostenwert aufgrund einer Kombination mehrerer Produkte oder Verfahren dennoch. In beiden Fällen kann die Rückmeldung des Hauses wertvolle Hinweise zur Kostenkalkulation oder auch zur weiteren Optimierung der Gruppierungslogik liefern.

Der Kostenausreißerreport liefert den Krankenhäusern nicht für jede Auffälligkeit ausreichend genaue Anhaltspunkte zur Herkunft der hinterfragten Kosten. Für einen detaillierteren Report mit besseren Anhaltspunkten für die Kalkulationskrankenhäuser liegen zu Beginn der Datenannahme allerdings nicht genügend Informationen vor.

Die Antworten der Kalkulationskrankenhäuser zum Kostenausreißerreport bezogen sich häufig auf die übermittelten Kalkulationsfehler des betreffenden Falles, die mit den auffälligen Kosten in Zusammenhang stehen konnten – jedoch nicht zwangsläufig mussten. Dies verdeutlicht das nachfolgende Beispiel in Abbildung 6. Wünschenswert aus Sicht des InEK wäre jedoch eine Beantwortung des Falles vor dem Hintergrund seiner Gesamtkomplexität, die durch die einzelnen Plausibilitätsprüfungen nicht immer vollständig erfasst wird.

DRG	DRG_Text	Vwd	Fallkosten	alle Fehler/Hinweise des Falls	Anmerkung des Krankenhauses (ggf. aus letzter Lieferung vorab befüllt)	Modul/KoArtGr/KoStGr	UG/OG	Auffälligkeit	Einzelkosten
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC	15	20.525	ÄD02, Infra06	Schnitt-Naht-Zeit evtl. etwas länger als üblich, aber plausibel; GZF ebenfalls korrekt. Unterdeckung kommt hauptsächlich aus der VWD.			Kostenausreißer	0

Abbildung 6: Auszug aus einem Kostenausreißerreport als Beispiel für eine Auffälligkeit ohne Bezug zum Ergebnis der Plausibilitätsprüfung

Das Krankenhaus bezog seine Antwort auf die leicht erhöhte Schnitt-Naht-Zeit, die allerdings keine Kostenauffälligkeit nach sich zog. Die in der Plausibilitätsprüfung angesprochenen Kosten für den Ärztlichen Dienst auf der Normalstation (Fehlermeldung „ÄD02“) sind bei diesem Fall auch ursächlich für die Deklaration als Kostenausreißer. Auf diesen Fall wurden pro Tag Kosten in Höhe von über 500 € für den Ärztlichen Dienst auf der Normalstation gebucht. Dieser Betrag entspricht einem Vielfachen der normalerweise in diesem Modul übermittelten Kosten für den Ärztlichen Dienst auf Normalstation.

Die Fälle, welche die oben dargestellte Konstellation mit auffällig hohen Einzelkosten aufwiesen, wurden unabhängig vom Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen in den Report aufgenommen: Der nachfolgende Fall lag mit Gesamtkosten von 43.706 € über der oberen ermittelten Kostengrenze für die DRG X07A *Replantation bei traumatischer Amputation [...]* und wurde dem Krankenhaus daher im Kostenausreißerreport zugesandt. Damit wurde jedoch keine Aussage darüber getroffen, ob dieser Fall aufgrund eines Kalkulationsfehlers die ho-

hen Kosten aufweist oder ob die Kosten dem Fall z.B. aufgrund eines nicht über ein Zusatzentgelt zu refinanzierenden Medikaments zugeordnet wurden.

DRG	DRG_Text	Vwd	Fallkosten	Modul/ KoArtGr	UG/ OG	Auffälligkeit	Einzelkosten
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers	40	43.706	4b	OG	Einzelkosten	15.718

Abbildung 7: Auszug aus einem Kostenausreißerreport als Beispiel für auffällig hohe Einzelkosten

Das Krankenhaus erläuterte bei dem Fall in Abbildung 7 die hohen Einzelkosten im Modul 4b, das für die fallbezogene Buchung von Medikamentenkosten vorgesehen ist. Ursächlich war in diesem Fall, dass für das kostenverursachende Medikament vom Krankenhaus kein Zusatzentgelt abgerechnet worden war. Der Fall konnte so erklärt und die für diese DRG ungewöhnliche Kostenhöhe nachvollzogen werden.

Für die nachfolgend dargestellten, inhaltlich weit über den Kostenausreißerreport hinausgehenden Einzelfallrückfragen wurden zur Ermittlung der Kostengrenzen aktuelle Kostendaten (und damit Kostengrenzen) aus dem Jahr 2014 und die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation berücksichtigt. Für die „Extremkostendatenmenge II“ wurden die Fälle nach dem tagesgenauen Entwicklungsstand des G-DRG-Systems 2016 inkl. der bis dahin bestehenden Umbauten eingruppiert.

„Extremkostendatenmenge II“

Verwendung ab Juni 2015

Falldaten des Jahres 2014

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Datenjahres **2014**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG 2014/**2016 (tagesgenauer Entwicklungsstand des G-DRG-Systems)**

Diese Änderung der Datenmenge bedeutet ebenfalls, dass einige Fälle durch die erneute Eingruppierung einer anderen DRG-Fallpauschale zugeordnet werden, wodurch eine neue Erlösstruktur entstehen kann. Dies ist sowohl durch das Relativgewicht als auch die Verschiebung der oberen und unteren Grenzverweildauer sowie der Höhe nach anderen Zu- und Abschläge begründet. Daher kann bei den Fällen sowohl eine Erhöhung als auch eine Verringerung der Unter- oder Überdeckung eintreten.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2016 wurde der Datenbestand für den Extremkostenbericht schließlich mit dem gerade fertiggestellten G-DRG-Groupier der Version 2016 gruppiert:

„Extremkostendatenmenge III“

Verwendung ab Ende August 2015

Falldaten des Jahres 2014

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Datenjahres **2014**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG 2014/**2016**

Sofern nachfolgend Analyseergebnisse auf DRG-Fallpauschalen Bezug nehmen, betrifft dies – wenn nicht abweichend dargestellt – die Eingruppierung nach dem endgültigen System 2016.

2.2.2.2 Themenkomplexbezogene Nachfragen

Der Datenannahmeprozess mit den Kalkulationsteilnehmern ist seit Jahren etabliert und beginnt mit einer initialen Datenlieferung der Kosten- und Leistungsdaten zum 31. März eines Jahres an das InEK. Bis zum 24. Mai können die Kalkulationskrankenhäuser im Rahmen von Korrekturlieferungen ihre Kosten- und Leistungsdaten erneut – ggf. auch mehrfach – an das InEK übermitteln, um die in den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen identifizierten Auffälligkeiten zu korrigieren. Nach Abschluss dieser Datenkorrekturphase wurden die Nachfragen durch das InEK bei den Krankenhäusern, vor allem bedingt durch das bessere Verständnis der möglichen (aktuellen) Fehlerquellen, konkreter formuliert. Die Fragen wurden themenspezifisch gestellt, um vermeintliche Ursachen für hohe Kosten besser identifizieren und dem Krankenhaus detailliertere Informationen zu den identifizierten Fällen geben zu können.

Kosten der Intensivstation

Auch in diesem Jahr wurden weiterführende Daten zur Intensivstation von den Kalkulationskrankenhäusern erhoben. Basis der Abfrage war – wie in den vergangenen Jahren – der Intensivkontakt, also jeder einzelne Kontakt eines Falles zu einer Intensivstation. Die Aussagekraft dieser zusätzlich erhobenen Informationen unterlag jedoch von Krankenhaus zu Krankenhaus einer starken Schwankung. So konnten für einige Krankenhäuser diese Daten als verwendbar eingestuft werden, bei einem nicht unerheblichen Anteil waren die Daten allerdings nicht für eine genauere Betrachtung ausreichend.

Auffällig war vor allem, dass sich die errechneten Kostensätze zwischen Kostendaten aus der Kostendatenlieferung, Kostendaten aus der Intensivstationsdatei sowie den Angaben in der Datei „Informationen zur Kalkulationsgrundlage“ teilweise frappierend voneinander unterschieden. Auf Basis dieser Beobachtung war eine sinnvolle Beurteilung der Intensivkosten der Fälle nicht vollständig möglich.

Da im Rahmen der Abfrage zu den Kalkulationsgrundlagen die Informationen zu den Intensivstationen nicht von allen Krankenhäusern in suffizientem Umfang ausgefüllt und übermittelt wurden, mussten zur Nachvollziehbarkeit und Bewertung auffälliger Intensivstationskosten erneut zahlreiche Nachfragen zur Intensivstation gestellt werden. Daher erbat das InEK detaillierte Informationen zu den Gewichtungsmustern auf verschiedenen Intensivstationen sowie zu einigen einzelfallbezogenen Angaben. Dabei sei angemerkt, dass die Kosten eines Falles auf der Intensivstation folgendermaßen kalkuliert werden: Die Kosten für das Personal sowie die Gemeinkosten des medizinischen Bedarfs und der Arzneimittel sind den Fällen mittels gewichteter Intensivstunden zuzuordnen. Ausgenommen davon sind die Infrastrukturkosten, die über ungewichtete Intensivstunden zugeordnet werden, da diese sich durch die Schwere eines Behandlungsfalles nicht ändern. Folgende Nachfrage an die Krankenhäuser sollte die gewünschten Informationen zu Intensivfällen und -stationen liefern:

Grundsätzliches:

- (1) *Bitte übermitteln Sie die Anzahl Belegungstage des letzten Jahres der Stationen, auf der dieser Patient gelegen hat. Übermitteln Sie die Angaben bitte für jede Kostenstelle, die der Kostenstellengruppe „Intensivstation“ zugeordnet wurde und die der Patient während seiner Behandlung durchlaufen hat. Bitte geben Sie zusätzlich die über das ganze Jahr angefallenen gewichteten und ungewichteten Intensivstunden dieser Stationen an. Bitte verwenden Sie einen aussagekräftigen Namen für die einzelnen Stationen.*

- (2) *Geben Sie bitte an, welche personelle Ausstattung diese Stationen haben. Geben Sie hierbei bitte die Anzahl der Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes sowie des Medizinisch-technischen Dienstes und die jeweils zugeordneten Personalkosten an.*
- (3) *Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs sind die Intensivstunden nach der „Behandlungsintensität“ zu gewichten. Bitte erläutern Sie, welche Gewichtungsfaktoren Sie auf den Intensivstationen verwenden. Geben Sie bitte jeweils den „Marker“ für die „Behandlungsintensität“ inklusive des zugeordneten Gewichtungsfaktors an.*
- (4) *Bitte teilen Sie uns insbesondere die Anzahl der jeweils aufgestellten Betten sowie den Auslastungsgrad der Stationen mit. Liegen für diese Stationen strukturelle Besonderheiten vor?*

Patientenindividuell:

- (1) *Bitte übermitteln Sie die Anzahl der gewichteten und ungewichteten Intensivstunden, die für diesen Fall dokumentiert wurden. Geben Sie bitte an, ob Sie einen Zuordnungsschlüssel abweichend von den dokumentierten Intensivstunden für die Kostenzuordnung verwendet haben. Wenn ja, geben Sie bitte den Grund für die Abweichung und die für die Kostenzuordnung verwendete Schlüsselgröße an.*
- (2) *Erläutern Sie bitte, wie viel Personal dieser Patient (je Tag) in realistischer Schätzung gebunden hat. Bitte unterstützen Sie diese Personalbindung auf Basis des medizinischen Hintergrundes.*

Die daraus resultierenden Rückmeldungen waren in den meisten Fällen der Fragestellung entsprechend genau, sodass die Kosten plausibilisiert werden konnten und damit einhergehend auch eine Beurteilung über das Zustandekommen des Kostenausreißers möglich war. Dabei wurden die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes ebenso einer Plausibilisierung unterzogen wie die Personalkosten des Pflegedienstes und ggf. des Funktionsdienstes. Da diese Informationen von den Krankenhäusern als zusätzliche Leistungsdaten zu den Intensivstationen zukünftig standardisiert ans InEK übermittelt werden, ist davon auszugehen, dass für kommende Kalkulationsrunden Nachfragen nicht mehr in dieser Fülle erforderlich sein werden. Auf diese Weise entfällt ein zeitraubender Teil der Nachfragen.

Kosten der Normalstation

In Ergänzung zur Nachfrage der Intensivstationskosten wurden im letzten Jahr vermehrt Fälle ausgemacht, die auch auf der Normalstation auffällig hohe Kostenwerte aufwiesen und demnach zu einer teilweise deutlichen Unterdeckung des Falles beitrugen. Aufgrund dieser Beobachtung wurden in Anlehnung an die obenstehende Anfrage auch viele Fälle mit eben solchen hohen Kosten auf der Normalstation nachgefragt. Konkret lautete der an die Krankenhäuser versandte Text wie folgt:

Bitte plausibilisieren und erläutern Sie, wie die Kosten in der Kostenstellengruppe „Normalstation“ zustande kommen:

Grundsätzliches:

- (1) *Bitte übermitteln Sie die Anzahl Belegungstage des letzten Jahres der Stationen, auf der dieser Patient gelegen hat. Übermitteln Sie die Angaben bitte für jede Kostenstelle, die der Kostenstellengruppe „Normalstation“ zugeordnet wurde und die der Patient während seiner Behandlung durchlaufen hat. Bitte geben Sie zusätzlich die über das ganze Jahr angefallenen PPR-Minuten dieser Stationen an. Bitte verwenden Sie einen aussagekräftigen Namen für die einzelnen Stationen.*

- (2) *Geben Sie bitte an, welche personelle Ausstattung diese Stationen haben. Geben Sie hierbei bitte die Anzahl der Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes sowie des Medizinisch-technischen Dienstes und die jeweils zugeordneten Personalkosten an.*
- (3) *Nehmen Sie zusätzlich zu den PPR-Minuten weitere Gewichtungen zur Einstufung der Pflegeintensität bzw. für die Kostenzuordnung vor?*
- (4) *Bitte teilen Sie uns insbesondere die Anzahl der jeweils aufgestellten Betten sowie den Auslastungsgrad der Stationen mit. Liegen für diese Stationen strukturelle Besonderheiten vor?*
- (5) *Bitte übermitteln Sie uns eine Aufschlüsselung über die Kosten (Kostenstellen und Beträge), welche in die Infrastruktur (med. und nicht-med.) dieser Station umgelegt werden.*

Patientenindividuell:

- (1) *Bitte übermitteln Sie die Anzahl der PPR-Minuten, die für diesen Fall dokumentiert wurden. Geben Sie bitte an, ob Sie einen Zuordnungsschlüssel abweichend von den dokumentierten PPR-Minuten für die Kostenzuordnung verwendet haben. Wenn ja, geben Sie bitte den Grund für die Abweichung und die für die Kostenzuordnung verwendete Schlüsselgröße an.*
- (2) *Erläutern Sie bitte, wie viel Personal dieser Patient (je Tag) in realistischer Schätzung gebunden hat. Bitte unterstützen Sie diese Personalbindung auf Basis des medizinischen Hintergrundes.*

Auch bei dieser Nachfrage wurden viele Fälle von den Krankenhäusern umfangreich beantwortet, was zu einer besseren Interpretation der übermittelten Kosten und somit zum Verständnis des Zustandekommens einiger Extremkostenfälle führte.

Personalkosten im OP-Bereich

Grundsätzlich sind die OP-Kosten aufgrund der schon langjährig bestehenden Übermittlung zu Schnitt-Naht-Zeiten sowie Personaleinsatz gut zu plausibilisieren. Durch die genauere Nachfrage von Kostensätzen sowie Auslastung der betreffenden OP-Säle wurden jedoch weitere Informationen herangezogen, die über bisher bestehende Mechanismen hinausgingen, insbesondere um die übermittelten Personalkosten im Vergleich zur dokumentierten Leistung plausibilisieren zu können. Die Zuordnung der Kosten erfolgt im OP-Bereich anhand der Schnitt-Naht-Zeiten (inkl. Rüstzeit) sowie des Gleichzeitigkeitsfaktors. Analog zur Verteilung der Kosten auf der Intensivstation weicht auch im OP-Bereich der Verteilungsschlüssel für die Infrastrukturkosten leicht von den restlichen Kostenartengruppen ab. Diese Kosten werden allein über die Schnitt-Naht-Zeit (inkl. Rüstzeit) verteilt, da kein inhaltlicher Zusammenhang zwischen Gleichzeitigkeitsfaktor und Infrastrukturkosten herzustellen ist. Im Fokus der Analysen standen dabei die Kostensätze für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes sowie des Funktionsdienstes. Zur Klärung dieser Problematik wurde folgende Nachfrage an die Krankenhäuser verschickt:

Bitte erläutern Sie die Höhe des Kostensatzes für die Personalkosten des Funktionsdienstes und gehen dabei auf mögliche strukturelle Besonderheiten, wie Gehaltsstrukturen, Auslastungsprobleme etc. ein. Bitte prüfen Sie weiter Ihre interne Dokumentation auf Ungenauigkeiten in der OP-Dokumentation, z.B. im Bereich der Rüstzeiten. Da wir von einer strukturellen Auffälligkeit ausgehen, ist eine fallbezogene ausführliche Erläuterung für die angegebenen Beispielfälle nicht erforderlich. Bitte verstehen Sie diese Nachfrage auch als Hinweis auf ein möglicherweise in Ihrem Hause bestehendes Verbesserungspotential für die Datenqualität in den Folgejahren.

Besonderes Augenmerk wurde bei der Beurteilung der Personalkosten im OP auf den Gleichzeitigkeitsfaktor gelegt. Dieser gibt an, wie viele Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes bzw. des Funktionsdienstes während des Eingriffs durchschnittlich an der OP beteiligt sind. Abbildung 8 zeigt ein Beispiel für eine Rückfrage des InEK zu den OP-Kosten und die entsprechende Antwort des Kalkulationskrankenhauses.

Rückfrage InEK	Antwort Krankenhaus (gekürzt)
Für diesen Fall übermitteln Sie sehr hohe Gleichzeitigkeitsfaktoren für Ärzte und Funktionsdienst. Bitte überprüfen Sie eingehend, ob bei den vorliegenden Operationen wirklich die angegebene Anzahl Personen während der gesamten Eingriffsdauer (insgesamt ca. 30 Stunden SNZ) anwesend waren.	Bei genanntem Fall haben wir uns der OP-Dokumentation noch einmal intensiv angenommen, die Eingriffsdauern selbst sind für alle Operationen korrekt ermittelt worden. Auch in diesem Fall besteht jedoch die bereits zuvor kommunizierte grundsätzliche Problematik, dass bei langen OP-Dauern nicht immer die Anwesenheitszeiten aller an der OP beteiligten Personen differenziert dokumentiert worden sind. Zudem besteht das Problem, dass sich auch aus technischen Gründen gar nicht alle Personen einzeichnen können, dies spielt insbesondere bei der Versorgung von schwerst traumatisierten Patienten eine Rolle, wo sich dann tatsächlich eine große Anzahl von Personen gleichzeitig um den Patienten kümmert. [...]. An der Erstversorgung waren mindestens 6 Ärzte beteiligt. Der angegebene, bereits gedämpfte Gleichzeitigkeitsfaktor von 5 dürfte allerdings immer noch etwas zu hoch angesetzt sein, hier ist ein Gleichzeitigkeitsfaktor von 4 realistischerweise anzunehmen. Zu reduzieren sind auch die Gleichzeitigkeitsfaktoren im ÄD für die OP am 22.07.2013 auf 3 und 09.08.2013 auf 2. Insgesamt ergibt sich korrigiert eine Gesamtzeit_ÄD von circa 98 Stunden.

Abbildung 8: Beispiel für eine Rückfrage des InEK zum OP-Bereich mit der korrespondierenden Antwort eines Krankenhauses

Bei diesem Fall wurde durch die Rückmeldung des Krankenhauses nur ein Teil der Unterdeckung erläutert, sodass diese Antwort allein nicht ausreichend ist, um den Fall aus der Extremkostenbetrachtung auszuschließen. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass das Leistungsgeschehen im Operationssaal komplex ist. Insofern ist eine genaue Beschreibung mit den komplexitätsreduzierenden Datensätzen nicht ganz einfach; insbesondere die detaillierte Erfassung der OP-Daten stellt sich als sehr vielschichtig dar. Verstärkt wird diese Komplexität durch mehrere operative Eingriffe während eines Aufenthalts sowie ggf. interdisziplinäre Operationen. Die genauen Zeiten eines jeden Mitarbeiters lassen sich bei komplexen Eingriffen später deutlich schwieriger plausibilisieren als bei eher „einfachen“ Operationen.

Medizinischer Sachbedarf im OP

Weitere Auffälligkeiten im Bereich des OP waren insbesondere im Bereich der Materialzuordnung des sonstigen medizinischen Sachbedarfs zu sehen. Vorrangig im Bereich der Herzchirurgie, jedoch nicht allein darauf beschränkt, zeigte eine Vielzahl an Fällen auffällig hohe Kosten für den medizinischen Sachbedarf. Um ausschließen zu können, dass den Fällen Kosten für Lagerbestände zugebucht worden sind, wurden die betroffenen Fälle mit folgender Frage an die Krankenhäuser übermittelt:

Bitte erläutern Sie die auffällig hohen Kosten des medizinischen Bedarfs im OP (Modul 4_6a + 4_6b). Bitte beschreiben Sie über welche Umlagen sich die hohen Kosten zusammensetzen (Modul 4_6a) und schicken Sie eine Aufstellung über die kostenintensiven Artikel (Modul 4_6b).

Rückgemeldet wurde von einigen Krankenhäusern, dass die zugrunde liegende Kostenstelle hohe Kosten für Nahtmaterial, Sonden und sonstiges Verbrauchsmaterial aufweist, welches nicht über Einzelkosten zugebucht wurde. In einigen Fällen ist jedoch auch eine zu geringe Einzelkostenzuordnung für die hohen Kosten im Modul 6a verantwortlich. Kalkulatorische Fehler wie beispielsweise doppelt gebuchte Materialkosten bei der Einzelkostenzuordnung führten zu hohen Kosten im Modul 6b.

Kosten im Kreißaal

In diesem Jahr fielen zunehmend Fälle mit hohen Kosten im Kreißaal auf. Um sicherstellen zu können, dass es sich dabei nicht um Kalkulationsfehler handelt, wurden die Krankenhäuser gebeten, folgende Anfrage zu kommentieren.

Bitte plausibilisieren und erläutern Sie, wie die Kosten in der Kostenstellengruppe „Kreißaal“ zustande kommen:

Grundsätzliches:

- (1) Geben Sie bitte an, welche personelle Ausstattung Ihr Kreißaal hat. Geben Sie hierbei bitte die Anzahl der Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes sowie des Medizinisch-technischen Dienstes (Hebammen) und die jeweils zugeordneten Personalkosten an.*
- (2) Geben Sie bitte an, wie viele Kreißaalstunden insgesamt im betreffenden Kreißaal angefallen sind.*
- (3) Bitte teilen Sie uns den Auslastungsgrad des Kreißaals mit.*

Patientenindividuell:

- (1) Bitte übermitteln Sie die Anzahl der Kreißaalstunden, die für diesen Fall dokumentiert wurden. Dabei sollen gemäß Kalkulationshandbuch nur die Zeiten zugrunde gelegt werden, in denen eine intensive Betreuung im Kreißaal stattgefunden hat.*

Neben Einzelfällen, die tatsächlich extrem lange Kreißaalzeiten aufwiesen, meldeten die Krankenhäuser hier Erfassungsprobleme mit ebendiesen Zeiten zurück. Da diese der Verrechnungsschlüssel für die Kosten ist, sind hier falsch-hohe Kostenwerte vermehrt auf kalkulatorische Mängel zurückzuführen.

Stammzellen

Ein weiterer Bereich, der systematisch zu Fällen mit hoher Unterdeckung führte, war die Stammzellentnahme. Mit folgender Frage wurde versucht, die Kostenherkunft zu bestimmen:

Bitte erläutern Sie, um welche Kosten es sich in Modul 10_5 handelt. Sollte es sich um Kosten für die Aufbereitung von Stammzellen handeln, geben Sie uns eine kurze Erklärung dafür, wieso diese dem Entnahmefall zugeordnet worden sind. Laut Kalkulations-

handbuch sollen die Kosten für die Aufbereitung der Stammzellen dem Fall mit der Stammzellgabe zugeordnet werden.

Bei einem Großteil der Fälle handelte es sich – wie bereits vermutet – um Kosten für die Stammzellaufbereitung, die jedoch dem Gabefall nicht mehr zugeordnet werden konnten, da dieser beispielsweise entweder erst im folgenden Jahr abgerechnet wurde oder der Patient vor der Gabe der Stammzellen verstorben ist. Im Übrigen konnten in Rücksprache mit den Kalkulationskrankenhäusern auch Fehler, z.B. hinsichtlich einer Doppelbuchung der Aufbereitungskosten, als Ursache auffälliger Kostenwerte identifiziert werden.

Einzelkosten

Mit den stetig zunehmenden Anforderungen an die Güte der Kostenkalkulation in den Krankenhäusern der InEK-Stichprobe ist der Anteil an Sachkosten, die nicht mehr über Verteilungsverfahren, sondern verursachungsgerecht direkt als Ist-Kosten fallbezogen verbucht werden müssen, stetig gestiegen. Entsprechend können bei vielen Kostenausreißern hohe Sachkosten in den Einzelkostenmodulen gefunden werden, die hinsichtlich der Korrektheit der Vorgehensweise bei der Kalkulation wie auch ihrer Bedeutung für den Kostendeckungsbeitrag detailliert zu überprüfen sind.

Bei den Einzelkosten ist zu unterscheiden nach

- Einzelkosten Medikamente (Kostenartengruppe 4b)
- Implantaten (Kostenartengruppe 5)
- Einzelkosten medizinischer Sachbedarf (Kostenartengruppe 6b)

sowie als Sonderfall die *Externe Leistungserbringung*, deren Kosten ebenfalls als medizinischer Sachbedarf im Modul 6b verbucht werden und die daher ggf. in der Analyse abgegrenzt werden muss. So wurden in einem Haus beispielsweise mehrere Kostenausreißer identifiziert, deren auffällig hohe Kosten im Modul 6b sich durch eine kostenrechnerisch extern geführte Intensivstation erklärten.

Bereits die §-21-Datensätze und die Fallkostendaten in der Matrixstruktur aus Kostenstellengruppen und Kostenartengruppen enthalten eine Vielzahl von hilfreichen Informationen zur Aufklärung von Kostenausreißern:

- Differenziert nach OPS verschlüsselte Leistungen für praktisch alle operativen und interventionellen Verfahren sowie für einen erheblichen Teil der hochteuren Medikamente
- Detaillierte fallbezogene Kostendaten nach Kostenstellen und Kostenarten
- Auf dieser Grundlage sind bereits umfangreiche Plausibilisierungen der Kalkulationsdaten möglich und seit Jahren in den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK etabliert. Beispielsweise werden Implantatkosten und die zugehörigen OPS-Kodes umfassend gegeneinander verprobt. Typischerweise sind jedoch Fälle diesen teilautomatisierten Prüfungen umso weniger zugänglich, je komplexer die mit ihnen verbundene Leistungserbringung ist. Dies gilt insbesondere für Fälle, die mehrere verschiedene Leistungen erhalten haben, deren Kostenzuordnung zu unterschiedlichen, sich ggf. überschneidenden Kostenmodulen führt. Dabei sind insbesondere folgende Einschränkungen der Aussagekraft der regulären Daten zu beachten:
- Werden die Kosten mehrerer Leistungen im selben Kostenmodul verbucht, ist nicht erkennbar, welcher Kostenanteil auf welche Leistung entfällt. Von hoher Relevanz ist dies z.B. bei der Gabe mehrerer teurer Medikamente auf der Intensivstation. Hier wird im Kostendatensatz lediglich die Summe der Medikamente-Einzelkosten im Kostenmodul 2.4b übermittelt.

- Nicht alle OPS-Kodes weisen einen eindeutigen Mengen- oder Dosisbezug auf. So ist z.B. nicht in jedem Fall im §-21-Datensatz sicher zu identifizieren, wenn ein Fall statt typischerweise einer mehrere Gefäßprothesen in einer Sitzung an der gleichen Lokalisation erhalten hat, weil die spezielle Situation dies erforderte. Bei korrekter Kalkulation wird dieser Fall aber ein Vielfaches der normalerweise erwarteten Implantatkosten aufweisen.
- Nicht in jedem Fall besteht eine zwingende Zuordnung von Leistungsdokumentation (meist OPS-Code) und Kostenmodul. Viele teure Medikamente kommen auf Normal- oder auf Intensivstationen zum Einsatz. Manche Implantate können entweder der Kostenstellengruppe „OP-Bereich“ oder „kardiologische Diagnostik und Therapie“ oder „Radiologie“ zugeordnet sein.

Diese Einschränkungen erschweren insbesondere die Beurteilung von Ausreißerwerten. Vor diesem Hintergrund muss sich für die Erfordernisse des Extremkostenberichts die Einzelfallplausibilisierung vielfach auf zusätzliche Angaben aus den erbringenden Kliniken stützen.

In erster Linie zu nennen ist das Instrument der ergänzenden Datenlieferung, das bereits seit Jahren u.a. im Zusammenhang mit der Kalkulation von Zusatzentgelten etabliert ist und im Jahr 2015 erneut ausgebaut wurde. In diesem Jahr wurden zu insgesamt 242 verschiedenen hochteuren Medikamenten, Blutprodukten sowie zu Verfahren (Operationen, Interventionen, Implantate, besondere Therapieverfahren etc.) ergänzende Daten abgefragt. Dadurch standen in erheblichem Umfang zusätzliche präzise Informationen zu Dosis, Kosten, Applikationsart, Anzahl Implantate, genauem Implantattyp u.v.a.m. zur Verfügung. So können z.B. vermutete Diskrepanzen zwischen auffällig hohen Kosten (im regulären Kostendatensatz) und diese nicht erklärenden Dosisangaben mittels der ergänzenden Datenlieferung aufgeklärt werden. Ein Beispiel für eine Auffälligkeit hinsichtlich der Dokumentation einer Dosisangabe zeigt Abbildung 9. Die Angaben entstammen dem Datenjahr 2013, sind aber in ihrer grundsätzlichen Bedeutung auch für das Datenjahr 2014 gültig. Gleiches gilt für die nachfolgenden Beispiele in den Abbildungen 10 – 12.

Erfassungsnr. ED-Medikamente	Einheit	Dosis	Kosten	Kosten je Dosis	OPS	OPS-Text
EFK75801	mg	99	141.058 €	1.425 €	6-003.55	Applikation von Medikamenten, Liste 3: Eptotermin alfa, Implantation am Knochen: 9,9 mg und mehr

Abbildung 9: Beispiel für einen Dokumentationsfehler bei der Dosisangabe eines Medikaments

In diesem Fall hat der Patient während des Gesamtaufenthalts die dem OPS-Code entsprechende Gesamtdosis von mehr als 9,9 mg erhalten. In der – auch für die Kostenzuordnung herangezogenen – internen Dokumentation wurden jedoch 99 mg erfasst. Dies führte zu einer fallbezogenen Zuordnung von um den Faktor 10 zu hoher Einzelkosten für das Medikament und konnte letztlich durch die Dosisangabe in der ergänzenden Datenlieferung aufgeklärt werden.

Eine Auffälligkeit im Bereich der zugeordneten Implantatkosten kann an folgendem Beispiel gezeigt werden. Dieser Fall wurde mit Implantatkosten in Höhe von 42.761 € übermittelt. Als leistungsbeschreibender OPS-Code wurde eine endovaskuläre Mitralklappenrekonstruktion verschlüsselt. Dieser OPS-Code verschlüsselt die durchgeführte Leistung, aber nicht die Anzahl der verwendeten Clips. Typischerweise ist davon auszugehen, dass ein Clip Verwendung findet. Die übermittelten Implantatkosten erschienen für einen einzelnen Eingriff bzw. die Implantation eines Mitralclips auffällig hoch. Durch Rückfrage und Verweis auf die in der ergänzenden Datenlieferung angegebene Anzahl von zwei implantierten Clips konnten die Kosten plausibilisiert werden (vgl. Abbildung 10).

	Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	Funktions-dienst	Sachkosten Arzneimittel		Implantate	Sachkosten med. Bedarf		med. Infra-struktur	nicht med. Infra-struktur
				4a	4b		6a	6b		
Kardiologie	7	69 €		138 €	5 €	42.761 €	113 €	191 €	27 €	81 €

Erfassungsnr. ED-Verfahren	OPS-Kode	Leistungsbeschreibung (Ergänzende Daten "Verfahren")	Anzahl
EFK10207	5-35a.41	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Mitralklappenrekonstruktion, transvenös Inkl.: Transvenöse Clip-Rekonstruktion der Mitralklappe	2

OPS-Kode	OPS-Text	Anzahl
5-35a.41	Minimalinvasive Operationen an Herzklappen: Endovaskuläre Mitralklappenrekonstruktion: Transvenös	1 (?)

→ Anzahl verwendeter Mitraclips auf Einzelfallebene nachgefragt

Abbildung 10: Beispiel für eine Auffälligkeit bei Implantatkosten und korrespondierende Angaben in der ergänzenden Datenbereitstellung

Bei der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren und den damit korrespondierenden Kostenzuordnungen konnten durch Nachfragen ebenfalls einige Fälle plausibilisiert bzw. Fehler aufgedeckt werden. Nach Vorgabe des Kalkulationshandbuchs sind die Kosten für die Gabe von Gerinnungsfaktoren bei temporär erworbenen Blutgerinnungsstörungen in Kostenartengruppe 4b (Medikamente) auszuweisen. Bei dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen sind die Kosten jedoch in das Modul 99.10 zu buchen. Bei folgendem in Abbildung 11 illustrierten Fall aus dem Datenjahr 2013 wurden die Kosten für Faktorpräparate fälschlicherweise als Einzelkosten im Kostenmodul 2.4b gebucht, obwohl der Fall laut Kodierung eine dauerhafte Blutgerinnungsstörung aufweist und damit die Kostenzuordnung zu Kostenmodul 99.10 korrekt gewesen wäre. Darüber hinaus enthielten die Einzelkosten versehentlich auch noch den doppelten Betrag.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	Funktions-dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infra-struktur	nicht med. Infra-struktur	Faktorpräparate
				4a	4b	6a	6b			
Intensivstation	2	618 €	1.570 €	15 €	84 €	350.812 €	276 €	488 €	1.290 €	- €

Abbildung 11: Beispiel für eine Auffälligkeit bei der Zuordnung von Einzelkosten für die Gabe von Gerinnungsfaktoren

Andere Auffälligkeiten erforderten individuelle Rückfragen, wie Abbildung 12 beispielhaft darstellt.

Beispiel Nr.	Rückfrage InEK (ggf. gekürzt)	Antwort Krankenhaus (ggf. gekürzt)
1	Die Implantatkosten i.H.v. 120.000€ (Kunstherz) erscheinen hoch. Bitte erläutern Sie diese Auffälligkeit und übermitteln die Rechnung für das Implantat.	Kurz nach Implantation erste Pumpe durch Gerinnsel verstopft, daher Implantation einer Ersatzpumpe mit entsprechenden Kosten. <i>(Kodierung und ZE-Abrechnung aber als 1 Pumpe)</i>
2	Sie haben einen Neurostimulator implantiert, dessen Kosten sich laut ED auf 26.000€ belaufen. Sie übermitteln jedoch die doppelten Implantatkosten.	Nach Durchsicht der Einzelkostenerfassung im OP Doppelerfassung festgestellt.
3	Gemäß OPS-Datei implantieren Sie in einer Sitzung zwei Aortenklappen. Bitte erläutern Sie diesen Sachverhalt.	Bei hochgradiger Stenose nach Implantation der 1. Klappe weiterhin hochgradige Aorteninsuffizienz, so dass als Rescue Therapie eine 2. Klappenimplantation erfolgte.
4	Bitte prüfen Sie die Implantatkosten i.H.v. 58.000€ (Defibrillator). Bitte erläutern Sie die Kostenhöhe und übermitteln die Rechnung für das Implantat.	Kalkulationsfehler

Abbildung 12: Beispiele für Rückfragen des InEK zu Einzelkosten mit der dazugehörigen Antwort der Kalkulationskrankenhäuser

Die in Abbildung 12 gezeigten Fälle verdeutlichen nochmals, dass durch die Rückfragen sowohl Kalkulationsfehler aufgedeckt (Beispiel Nr. 2 und Nr. 4) als auch auffällig erscheinende Kosten bzw. Kodierungen vom Krankenhaus plausibel erläutert werden konnten (Beispiel Nr. 1 und Nr. 3). Beispiel Nr. 1 und Nr. 3 sind damit das Ergebnis einer korrekten Kostenzuordnung.

Abgerechnete Entgelte

Im Bereich der Entgelte wurde deutlich, dass die Prüfung im Fehlerverfahren zur Datenplausibilisierung der §-21-Datensätze für eine Beurteilung von Kostenausreißerfällen nicht ausreichend ist. Erste ergänzende Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zu Entgeltangaben wurden in Anbetracht der Erkenntnisse der Kostenausreißerbetrachtung eingeführt. Aufgrund fehlender Informationen im InEK zu Vereinbarungsinhalten zwischen Krankenhaus und Krankenkassen bei unbewerteten Entgelten des Fallpauschalen-Katalogs ist keine automatisierte Prüfung der übermittelten Entgeltwerte möglich. Gezielte Rückfragen an die Kalkulationsteilnehmer sollten dazu dienen, automatisiert erzeugten Hinweisen aus dem Fehlerverfahren nachzugehen und mögliche Differenzen zwischen Leistungs- und Entgeltdokumentation aufzuklären. Ursachen für Inkonsistenzen zwischen den Angaben in der Entgelte-Datei und der Kosten- und Leistungsdokumentation waren beispielsweise Abrechnungsfehler, eine fehlende Vereinbarung von Entgelten oder eine fehlerhafte Dokumentation. Nachfolgendes Beispiel in Abbildung 13 zeigt eine Diskrepanz zwischen den übermittelten Kosten für Medikamente auf der Normalstation in Höhe von 72.333 € und den in der Entgelte-Datei übermittelten Angaben zu abgerechneten Zusatzentgelten für Alemtuzumab in Höhe von 0 €. Nach Angaben des Krankenhauses konnte für das Medikament „Alemtuzumab“ kein erfolgreiches Verhandlungsergebnis erzielt werden. Der Fall weist damit zwar eine Differenz zwischen Kosten und Erlösen auf, dies stellt allerdings keinen Fehler dar, sondern ist auf das Ergebnis einer individuellen Budget- und Entgeltverhandlung zurückzuführen. Dieser Fall verblieb nicht in der Analysemege zum Extremkostenbericht.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
				4a	4b	6a	6b			
Normalstation	1	1.056 €	1.867 €	- €	766 €	72.333 €	237 €	- €	818 €	1.433 €

Falln	EFX Nummer	Leistung	Dosis	Kosten	Preis	Einheit
123456AB	EFL70100	Alemtuzumab, z.B. Lemtrada ®	96	69.468 €	723,63 €	mg

Entgelt	Anzahl	Betrag	Bezeichnung

Frage: Bei hohen Kosten für Alemtuzumab in der ergänzenden Datenlieferung und entsprechend hohen Kosten in Kostenart 4b, fällt auf, dass gemäß Entgeltdatei Dosis und Entgelte erheblich geringer sind. Bitte prüfen Sie diesen Sachverhalt.	Antwort: 96 mg Alemtuzumab = 69.000 €, 2013er NUB nicht verhandelt, Kasse hat KÜ abgelehnt
--	--

Abbildung 13: Beispiel für Rückfragen des InEK zu Einzelkosten mit der dazugehörigen Antwort des Kalkulationskrankenhauses

Der in Abbildung 14 aufgeführte Fall wurde vom Krankenhaus mit Kosten von über 118.000 € in den Modulen 1.4b und 2.4b (Einzelkosten für Medikamente) übermittelt. Auch in der Ergänzenden Datenlieferung findet sich die Kostenhöhe wieder. Das damit korrespondierende Entgelt wurde jedoch nur in Höhe von 13.688 € abgerechnet. Auf Nachfrage, wodurch die große Differenz zwischen Kosten und Entgelt entstanden ist, räumte das betreffende Krankenhaus eine Fehlzuordnung der Kosten ein.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
				4a	4b	6a	6b		
Normalstation	1	1.034 €	2.561 €	8 €	505 €	95.432 €	178 €	255 €	1.210 €
Intensivstation	2	728 €	1.191 €	8 €	139 €	23.377 €	182 €	207 €	488 €

Falln	EFX Nummer	Leistung	Dosis	Kosten	Preis	Einheit
12345678	EFL77110	Eculizumab, parenteral, z.B. Soliris ®	6.300	118.189 €	18,76 €	mg

Entgelt	Anzahl	Betrag	Bezeichnung
7600XXXX	1	13.688 €	Arzneimittel oder Zusatzentgelt, ZE-93 Gabe von Eculizumab, parenteral; OPS 6-003.h1

Bitte erläutern Sie für diesen Fall, aus welchem Grund es zu einer relevanten Differenz zwischen übermittelten Kosten in der Ergänzenden Datenbereitstellung und abgerechneten Entgelten für Eculizumab kommt. Bitte erläutern Sie zudem, aus welchem Grund sich die in den Ergänzenden Daten angegebene Dosierung auffällig von der Dosierung laut OPS-Kode und abgerechnetem Entgelt unterscheidet.	20.07.2015 Applikation von 600mg im zusammengeführten Fall laut Feedbackliste 5400 MG, davon gehörten aber 4800 MG in andere folgende Fälle des gleichen Patienten; Fehler: Eculizumab wurde aus dem falschen Fall heraus in Apotheke bestellt und Kostenzuordnung nicht korrigiert. laut Abrechnung der korrekten Menge 600mg: ZE14-93 zu 13687,50 € (Rückmeldung aus erster Anfrage: Einzelkosten für Eculizumab i.H.v. 117 TEUR; ZE i.H.v. 14 TEUR)
---	--

Abbildung 14: Beispiel für Rückfragen des InEK zu Einzelkosten mit der dazugehörigen Antwort des Kalkulationskrankenhauses

Für folgenden Fall in Abbildung 15 wurden Einzelkosten für Medikamente in Höhe von 54.625 € übermittelt. Über die Angaben in der Ergänzenden Datenlieferung lassen sich davon rund 48.000 € erklären. Für die Extremkostenbetrachtung interessant wird dieser Fall aufgrund vollständig fehlender Zusatzentgelte, in dessen Konsequenz eine Unterdeckung in Höhe der Medikamentenkosten entsteht. Für die Kalkulation selbst ist dieser Fall unproblematisch, da die Kosten der Medikamente beinahe vollständig über die Ergänzende Datenlieferung erklärt und bereinigt wurden.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
				4a	4b	6a	6b			
Intensivstation	2	24.225 €	44.706 €	3.560 €	20.832 €	54.625 €	10.478 €	766 €	5.977 €	21.561 €

Fallan	EFX Nummer	Leistung	Dosis	Kosten	Preis	Einheit
23456789	EFL70300	Caspofungin, parenteral, z.B. Cancidas	2.870	19.017 €	6,63 €	mg
23456789	EFL70700	Human-Immunglobulin, polyvalent, z.B. Gammagard	70	2.441 €	34,87 €	g
23456789	EFL71000	Liposomales Amphotericin B, parenteral, z.B. AmBisome	8.800	17.069 €	1,94 €	mg
23456789	EFL73700	Posaconazol, oral, Suspension z.B. Noxafil	21.000	3.581 €	0,17 €	mg
23456789	EFL78120	Everolimus, oral, z.B. Afinitor, Votubia	390	5.799 €	14,87 €	mg

Entgelt	Anzahl	Betrag	Bezeichnung

Abbildung 15: Beispiel für Auffälligkeiten zu Einzelkosten

Folgendes Beispiel in Abbildung 16 zeigt hingegen ein korrekterweise nicht abgerechnetes Entgelt durch das Krankenhaus. Die Auffälligkeit dieses Falles liegt darin, dass die Kosten im Kostenmodul 1.4b anhand der Ergänzenden Datenlieferung zwar dem Medikament Caspofungin zugeordnet werden konnten, ein entsprechendes Entgelt jedoch nicht zur Abrechnung kam. Auf Nachfrage stellte sich heraus, dass das Medikament im Zuge einer Studie kostenfrei abgegeben wurde und daher keine entsprechenden Kosten anzusetzen gewesen wären.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
				4a	4b	6a	6b			
Normalstation	1	4.630 €	8.548 €	524 €	1.650 €	18.189 €	1.097 €	254 €	2.813 €	4.415 €

Fallan	EFX Nummer	Leistung	Dosis	Kosten	Preis	Einheit
1234ABCD	EFL70300	Caspofungin, parenteral, z.B. Cancidas	2.940	17.405 €	5,92 €	mg

Entgelt	Anzahl	Betrag	Bezeichnung

<p>Frage: Dieser Fall hat gemäß ergänzender Datenlieferung und OPS-Kodierung Caspofungin erhalten, aber kein passendes Entgelt. Bitte prüfen und erläutern Sie diesen Sachverhalt.</p>	<p>Antwort: Das ZE Caspofungin wurde als Studienmedikament verabreicht und deshalb kein Entgelt abgerechnet.</p>
---	---

Abbildung 16: Beispiel für eine Auffälligkeit in der Entgelte-Datei

Nach Klärung dieses Sachverhalts wurden die betroffenen Fälle aus Abbildung 15 und Abbildung 16 von der Extremkostenbetrachtung ausgeschlossen.

2.2.2.3 Nachfrage von Einzelfällen

Zusätzlich zu den beiden bereits genannten Kommunikationsebenen wurden noch weitere Nachfragen zu auffälligen Einzelfällen an die Krankenhäuser verschickt. Bei diesen wurden vereinzelt auftretende Dokumentations- oder Kalkulationsfehler bzw. -auffälligkeiten hinterfragt. Beispielhaft zu nennen sind hohe Kosten in Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche), die nicht über die Kodierung des Falles nachvollzogen werden konnten. Zwar lassen sich nicht alle Leistungen, deren Kosten in Kostenstellengruppe 11 abgebildet werden, mit Hilfe von OPS-Kodes darstellen, aber der Kostenumfang dieser typischen Leistungen liegt in einem überschaubaren Rahmen. Von diesem Rahmen massiv abweichende Kosten wurden in den Fokus genommen. Beispielsweise wurden bei folgendem Fall in Abbildung 17 die übermittelten Personalkosten für den Funktionsdienst in den übrigen diagnostischen und therapeutischen Bereichen hinterfragt.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8
Kostenstellengruppe 11	154 €	12 €	6.553 €	1 €	- €	8 €		343 €	1.117 €

Abbildung 17: Beispiel für eine Auffälligkeit zur Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche)

Das betreffende Krankenhaus meldete für den Fall in Abbildung 17 zurück, dass durch einen Fehler in der Leistungsmengenerfassung zu hohe Kosten auf den Fall gebucht wurden.

Bei den Einzelnachfragen standen auch hohe Personalkosten für den Ärztlichen Dienst oder den Pflegedienst auf der Normalstation im Fokus. Die Kosten für den Ärztlichen Dienst werden auf die Kostenstellen der Normalstation je Pfl egetag gebucht. Entsprechend sind gewisse Schwankungen in den Personalkosten für den Ärztlichen Dienst je Tag möglich, die sich durch interdisziplinäre Belegungen bzw. interne Verlegungen ergeben können. Bei erheblichen Abweichungen von den typischerweise zu erwartenden Schwankungen wurden die betroffenen Fälle dem Krankenhaus zur Erläuterung übersandt. In einigen Fällen trugen (temporäre) Auslastungsprobleme zu den beobachteten Abweichungen bei. Häufiger war jedoch eine Kalkulationsproblematik ursächlich für die identifizierten Kostenauffälligkeiten. Bei den Personalkosten für den Pflegedienst auf der Normalstation ergeben sich die Kostenzuordnungen auf Basis der tagesbezogenen Pflegedokumentation. Bei Behandlungsfällen mit besonders aufwendiger Pflege, die im Rahmen der OPS-Kodierung einen OPS-Code zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) kodieren können, sieht das Kalkulationshandbuch gesonderte Kalkulationsvorgaben vor. Entsprechend konnten die Personalkosten des Pflegedienstes auf der Normalstation unter Berücksichtigung der pflegerelevanten Dokumentation des Falles im §-21-Datensatz (nicht nur PKMS, sondern alle pflegerelevanten Diagnosen und Prozeduren) in den Fokus der Analysen gerückt werden. Aus den Kalkulationsvorgaben und den typischen Personalkosten für den Pflegedienst konnten Anhaltswerte abgeleitet werden, deren massives Über- oder Unterschreiten zu Nachfragen beim Kalkulationskrankenhaus geführt haben. Neben wenigen Fällen mit Besonderheiten im Kalkulationsablauf konnten auf diese Weise einige Kalkulationsauffälligkeiten identifiziert werden, die entsprechende Berücksichtigung im Extremkostenbericht gefunden haben. Bei groben Kalkulationsfehlern wurden die Fälle von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen, da die auf Basis dieser Fälle berechneten bereinigten Kosten bzw. die davon abgeleiteten Kostenunter- bzw. -überdeckungen keinen Erklärungsbeitrag liefern können – die Ergebnisse beruhen dann schlicht auf einem Kalkulationsfehler.

2.3 Zwischenergebnis Datenanalyse

Die in Kapitel 2.2. dargestellten Prüfungen zeigen den großen Aufwand, der sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten des InEK betrieben wurde, um bestehende Fragestellungen aufzulösen. Nach den Nachfragen durch den Kostenausreißerreport mit Fokus auf potentielle (systematische) Kalkulationsfehler gingen die Prüfungen der Kosten, Entgelte und Dokumentationen im weiteren Verlauf deutlich tiefer ins Detail. Dies machte sich beispielsweise bei der Suche der betreffenden Fälle bemerkbar. Auf Seiten der Krankenhäuser führten die detaillierteren Nachfragen zum besseren Verständnis der angefragten Problematik, auf die zur Beantwortung in der Regel krankenhauserintern nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit reagiert werden konnte. Rückblickend zeigte sich ein großes Potential an Irrtumsmöglichkeiten, das bei der Bearbeitung der Kostenausreißerfälle zukünftig berücksichtigt werden kann, um vorhandene Fehlerquellen zu beseitigen bzw. schneller identifizieren zu können. Trotz der absoluten Steigerung der Einzelnachfragen sind die Krankenhäuser relativ gesehen insofern nicht mit einem deutlichen Mehraufwand belastet worden, da sich die Nachfragen auf beinahe die doppelte Anzahl an Krankenhäusern im Vergleich zum letzten Jahr verteilt. Zusätzlich ist die „Hebelwirkung“ der themenkomplexbezogenen Nachfragen

hervorzuheben, durch die eine Vielzahl an gleich gelagerten Fällen durch Beantwortung nur weniger Fälle durch das Krankenhaus erläutert werden konnte.

Bei der Bearbeitung der Kostenausreißer wurde besonderes Augenmerk auf die Fälle mit den größten Differenzen zwischen Kosten und Entgelten gelegt. Dabei wurden Nachfragen sowohl zu Fällen mit sehr hoher Kostenunterdeckung als auch zu Fällen mit starker Kostenüberdeckung zur Plausibilisierung an die Kalkulationskrankenhäuser übermittelt. Bei den am stärksten unterdeckten Fällen konnte eine nennenswerte Anzahl auf Kalkulationsfehler zurückgeführt werden. Ob dies die Fälle mit sehr hoher Kostenunterdeckung in einem überproportionalen Ausmaß betrifft, kann nicht verlässlich eingeschätzt werden, da bei Fällen mit geringerer Kostenunterdeckung ähnlich umfangreiche Einzelfallanalysen und -rückfragen nicht durchgeführt werden konnten. Viele Fälle sind aufgrund fehlerhafter Einzelkostenzuordnungen, inkorrekt eingetragener Einträge in der Entgelte-Datei, unplausibel hoher Gewichtungsfaktoren auf der Intensivstation bzw. diverser anderer Kalkulationsfehler als Kostenausreißer aufgefallen. Diese Fälle konnten jedoch in Rücksprache mit den Krankenhäusern als keine Kostenausreißerfälle im eigentlichen Sinne identifiziert werden und tragen somit nicht zur Belastung der Krankenhäuser durch Kostenausreißer bei. Darüber hinaus wurden zahlreiche Rückfragen zu Fällen trotz wiederholter Nachfrage nicht beantwortet. Dabei handelt es sich oftmals um Fälle, die in der Kalkulation sicher gelöscht wurden, da sie die Weiterentwicklung des pauschalierenden Systems maßgeblich beeinträchtigen würden. Ein Ausschluss im Bereich der Extremkostenbetrachtung ist jedoch aufgrund der Vorgaben und Vorgehensweise in diesem Bereich nicht ohne Weiteres möglich.

Im Ergebnis ist eine Vielzahl von Kostenausreißern mit einer mit hoher Wahrscheinlichkeit durch Kalkulations- oder Dokumentationsfehler erklärten Kostendeckungsproblematik in der Analysemenge verblieben. Das Ausmaß der Problematik ist somit in gewissem Umfang verzerrt. Der im Vergleich zum Vorjahr deutlich erweiterte Umfang der Rückfragen hat diese Verzerrung unter Umständen abgeschwächt, jedoch keinesfalls beheben oder auch nur dimensional verkleinern können. Hierzu wäre in den kommenden Jahren neben einer noch vollständigeren Überprüfung der auffälligsten Konstellationen ggf. auch ein weniger nachsichtiger Umgang mit inhaltlich unzureichenden Rückmeldungen zu erwägen.

Um eine möglichst korrekt gefüllte Entgelte-Datei sicherstellen zu können, wird die Prüfung dieser Datei dauerhaft einen festen Punkt bei der Betrachtung der Kostenausreißer einnehmen. Andererseits ergab sich auch für die Krankenhäuser ein Erkenntniszuwachs, der mit Hilfe der bisherigen Prüflogiken nicht kommuniziert werden konnte. So wurden viele Krankenhäuser erst durch die beanstandeten Kostenausreißer auf technische Fehler in der verwendeten Software aufmerksam bzw. konnten Dokumentationsfehler an betreffende Personen weiterleiten.

Der in Kapitel 2.2.2.1 ff. beschriebene Zeitverlauf bringt folgende Problematik mit sich: Mit Abschluss der Arbeiten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Ende August 2015 gingen sowohl zeitgleich als auch danach weitere Rückmeldungen zu angefragten Kostenausreißerfällen ein. Dabei waren zwei Konstellationen denkbar: Ein Fall, der innerhalb der Plausibilitätsprüfungen nicht auffällig war und für die Weiterentwicklung des Systems Verwendung fand, musste nach Rückmeldung des Krankenhauses in der Extremkostenbetrachtung ausgeschlossen werden. Eine Nichtberücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen war zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht mehr möglich. Dem gegenüber stehen Fälle, die aufgrund eines möglichen Kalkulationsfehlers nicht für die Kalkulation berücksichtigt wurden, jedoch nach Rückmeldung des Krankenhauses plausibel erläutert werden konnten.

3 Prüfergebnis und Vorschläge

3.1 Kritische Würdigung der ermittelten Kostendeckung

3.1.1 Grundsätzliches

Für die Beurteilung möglicher Unter- wie auch Übervergütungen von Fällen ist der Begriff der **Kostendeckung** von ganz zentraler Bedeutung.

Wie in Kapitel 1.3 detailliert dargestellt, wird die Kostendeckung eines Falles auf Basis der bereinigten Kosten ermittelt aus:

	Fallkosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs (so wie vom Kalkulationskrankenhaus übermittelt)
abzgl.	Erlöse für bewertete Zusatzentgelte
abzgl.	Erlöse für unbewertete Zusatzentgelte
abzgl.	Erlöse für unbewertete Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen (NUB)
abzgl.	zusätzliche Entgelte für Überschreiten der oberen Grenzverweildauer
zuzgl.	Abschläge für Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer
zuzgl.	Abschläge für Verlegungen
	(Zwischensumme: bereinigte Fallkosten im Sinne des Extremkostenberichts)
abzgl.	Katalog-Erlös für Inlier (DRG-Relativgewicht des Falles multipliziert mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert des Jahres 2014)

Kostenüber- und Kostenunterdeckungen ergeben sich somit aus dem Vergleich zwischen bereinigten Kosten und Katalog-Erlösen. Vor der Durchführung weiterer Analysen auf Grundlage der so ermittelten Deckungsbeiträge sollen die Ergebnisse der Berechnung einer kritischen Würdigung unterzogen werden. Inwieweit die ermittelte Deckung eines Falles in realistischer Weise eine tatsächliche Unter- oder Übervergütung widerspiegelt, hängt in erster Linie davon ab, ob die zugrunde gelegten Kosten und Erlöse korrekt ermittelt bzw. übermittelt wurden. Ausgehend von der stark vereinfachten Formel

$$\text{Kostendeckung} = (\text{Summe Fallkosten}) \text{ minus } (\text{Summe Fallerlöse})$$

ergeben sich – ebenfalls vereinfacht – vier prinzipielle Fehlerquellen:

- Fallkosten „falsch-niedrig“
- Fallkosten „falsch-hoch“
- Fallerlöse „falsch-niedrig“
- Fallerlöse „falsch-hoch“

Diese prinzipiellen Fehlerquellen werden in den folgenden Abschnitten näher betrachtet.

3.1.2 Falsch-niedrige Fallkosten

Die in Kapitel 1.2.1 dargestellte Methodik identifiziert als „Ausreißer nach unten“ auch Fälle, deren Gesamtkosten so gering sind, dass sie (auch unabhängig von den erbrachten Leistungen) nicht als plausibel gewertet werden können. Diese dürfen nicht ohne Weiteres im Rahmen der Extremkostenanalyse abschließend als „übervergütet“ gewertet werden.

Beispielsweise wird ein Fall der DRG F62B *Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse ohne komplizierende Diagnose* bei einer Verweildauer von 6 Tagen und Gesamtkosten von rund 400 € anhand der ermittelten Verteilungsfunktion als Ausreißer nach unten markiert. Bei diesem Fall kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass eine realistische Kostenkalkulation erfolgt ist. Unabhängig von den durchgeführten Leistungen, die in dieser DRG nicht zwingend hochaufwendig sein müssen, ist eine vollstationäre Behandlung für rund 60 € pro Behandlungstag in einem deutschen Krankenhaus eher kostenauffällig.

Wenn zusätzlich die am Patienten erbrachten Leistungen (typischerweise anhand der kodierten OPS-Kodes und/oder der ermittelten DRGs) betrachtet werden, können auch sehr viel teurere Fälle identifiziert werden, die aufgrund falsch-niedriger Fallkosten nicht ohne Weiteres in die Extremkostenanalyse eingehen dürfen. So ergibt sich für einen Fall mit einer Verweildauer von 5 Tagen und Gesamtkosten von 2.400 € zunächst eine per se nicht auffällige Größenordnung von 400 € pro Behandlungstag. Aufgrund der DRG des Falles (D01B *Kochleaimplantation, unilateral*) sind jedoch allein schon Implantatkosten in einer Größenordnung von 15.000 € bis 25.000 € je Fall zu erwarten, sodass auch hier von einer fehlerhaften Kostenermittlung (der Implantatkosten und damit der Gesamtkosten) – und nicht von einer Übervergütung – auszugehen ist.

Ursachen falsch-niedriger Fallkosten können u.a. sein:

- Fehlerhafte oder gar nicht erfolgte Einzelkostenzuordnung
- Fehlende Kosten aus dem Vorjahr bei Überliegern
- Verteilungsverfahren mit sehr niedrigen Multiplikatoren bei bestimmten Fällen
- Kalkulatorischer „Kompressionseffekt“ (Gleichverteilung relevanter Kostenblöcke statt verursachungsgerechter Zuordnung – mit der Folge der Unterschätzung der Kosten hochaufwendiger Fälle)

Obwohl die Fallanalysen des InEK im Rahmen des Extremkostenberichts eine Vielzahl von Fällen zutage förderten, bei denen von falsch-niedrig ermittelten Fallkosten auszugehen ist, bleibt die Bedeutung dieser Fehlerquelle für das Gesamtergebnis hinter den Auswirkungen der Fälle mit falsch-hohen Fallkosten aus mehreren Gründen deutlich zurück:

- Die maximal mögliche Dimension des Fehlers „falsch-niedrige Kosten“ ist stets kleiner als die maximal mögliche Dimension des Fehlers „falsch-hohe Kosten“. Ein Fall einer DRG mit typischen Kosten von 5.000 € pro Fall kann diese um maximal 5.000 € unterschreiten – ihn aber um ein Vielfaches dieses Betrags überschreiten.
- Fälle mit dem maximalen Fehler (0 €) fallen in der Regel bereits im kalkulierenden Krankenhaus auf.
- Spätestens im InEK wurden Fälle mit Gesamtkosten in Höhe von 0 € jedoch vollständig aus der Analysemenge ausgeschlossen.
- Fälle mit zu geringen Kosten sind erheblich leichter zu plausibilisieren als Fälle mit „zu hohen“ Kosten, da eine Untergrenzenprüfung (beispielsweise „Wenn Kochleaimplantation, dann müssen Implantatkosten von mindestens 10.000 € vorhanden sein“) völlig unabhängig von weiteren Behandlungen oder Komplikationen des Falles durchgeführt werden kann. Eine Obergrenzenprüfung (beispielsweise „Ein Fall mit OP einer Leistenhernie kann maximal 10.000 € kosten“) ist jedoch nicht in dieser Weise allgemein definierbar.

Dies kann sowohl Auswirkungen bereits auf die Kostenkalkulation im einzelnen Krankenhaus haben (Kontrolle der Kalkulationsdaten auf Fälle mit zu geringen Kosten vor Übermittlung an das InEK) als auch auf die zahlreichen Plausibilitätsprüfungen des InEK bei Annahme und Prüfung der Kalkulationsdaten.

3.1.3 Falsch-hohe Fallkosten

Analog zu den oben dargestellten „Ausreißern nach unten“ können auch „Ausreißer nach oben“ identifiziert werden, deren sehr hohe Kosten dann nicht zwangsläufig mit einer tatsächlichen Untervergütung verbunden sein müssen, wenn die ermittelten Kosten Folge einer inkorrekten Kostenkalkulation sind. Von Extremfällen abgesehen, ist eine fehlerhafte Kalkulation, die zu falsch-hohen Fallkosten führt, nicht immer sicher anhand der im InEK vorliegenden Daten zu belegen. Zum einen muss stets das unter Umständen sehr komplexe Gesamtbild in die Beurteilung einfließen (beispielsweise können Fälle mit OP einer Leistenhernie, die korrekterweise Fallkosten von über 10.000 € aufweisen, auftreten), was oft nur anhand zusätzlicher Informationen möglich ist. Zum anderen sind auch die zugrunde liegenden Fehler bei der Kostenzuordnung im Krankenhaus oft deutlich komplexer als bei falsch-niedrigen Fällen – etwa im Fall schlichtweg „vergessener“ Implantatkosten.

Hinzu kommt, dass angesichts der erheblich höheren möglichen Fehlerdimension bereits einzelne Fälle mit sehr hohen Kosten das Analyseergebnis hinsichtlich Über- oder Unterdeckung einzelner DRGs oder Kliniken deutlich beeinflussen können, sodass eine Entscheidung über Berücksichtigung oder Ausschluss einzelner Fälle aus der Extremkostenanalyse hier von höherer Bedeutung sein kann als im Fall der Ausreißer nach unten. Für viele Fälle erfordert eine abschließende Beurteilung einen engen Austausch mit dem jeweiligen Krankenhaus, damit die Vorgehensweise bei der Kostenkalkulation wie auch die genauen Leistungsinhalte transparent werden. Die zahlreichen vom InEK durchgeführten Einzelfallrückfragen konzentrieren sich aus diesen Gründen sehr stark auf Fälle mit möglicherweise falsch-hoch ermittelten Kosten.

Nachfolgend seien beispielhaft Gründe angeführt, die nach Rücksprache mit dem Krankenhaus als ursächlich für zu hoch ermittelte Kosten identifiziert werden konnten:

- Kosten für Faktorpräparate (250.000 €) doppelt gebucht (in den Kostenmodulen 99.10 und 1.4b)
- Für Zuordnung bestimmter Kosten der Intensivstation Beatmungsminuten statt Beatmungsstunden verwendet
- Falsch dokumentierte Intensivzeiten
- Eingabefehler bei Materialerfassung: z.B. 40 Nägel (statt einem) bei unfallchirurgischem Fall
- Fehler bei der Zeiterfassung im OP, damit falsch-hohe OP-Zeit, z.B. 41.000 Minuten mit entsprechend hohen Personalkosten im OP
- Medikamentenkosten einer langen teilstationären Behandlung auf einen kurzen vollstationären Aufenthalt desselben Patienten gebucht

Grundsätzlich kann auch der in Kapitel 3.1.2 bereits angeführte kalkulatorische Kompressionseffekt zu einer falsch-hohen Kostenermittlung führen. In diesem Fall würde durch die Gleichverteilung bestimmter Kostenanteile – anstelle einer verursachungsgerechten Zuordnung – eine Überschätzung der Kosten wenig aufwendiger Fälle resultieren. Die Tatsache, dass allein ein solcher Fehler einen Fall bereits zu einem Ausreißer nach oben macht, ist aber wenig wahrscheinlich (zudem wäre der absolute Betrag der Überschätzung typischerweise kleiner als in den o.g. Beispielen). Darüber hinaus sind auch Fälle aufgefallen, bei denen eine falsch-hohe Kostenberechnung zumindest vermutet werden muss: extrem hohe Arztkosten im OP, auch aufgrund eines angegebenen Gleichzeitigkeitsfaktors (GZF) im OP, der angesichts der weiteren Informationen zum Fall zumindest fraglich erscheint (GZF von 5 bei abdominellem Eingriff beim Säugling).

3.1.4 Falsch-niedrige Erlöse

Falsch-niedrige Erlöse können bei einem Fall vorliegen, wenn Entgelte, auf die angesichts der vorliegenden Informationen zum Fall ein Anspruch bestanden hätte, nicht oder nicht in voller Höhe in die Ermittlung der Kostendeckung eingehen konnten. Hierfür können beispielsweise folgende Konstellationen verantwortlich sein:

- Das Entgelt wurde zwar abgerechnet, fehlt aber in der Entgelte-Datei (fehlerhafte Erstellung oder Übermittlung der Entgelte-Datei).
- Ein Zusatzentgelt wurde nicht abgerechnet, obwohl gemäß OPS-Kodes ein Zusatzentgelt hätte abgerechnet werden können.
- Eine NUB-Leistung (Status 1) wurde erbracht, aber trotz bestehender Vereinbarung nicht abgerechnet.
- Das abgerechnete (unbewertete) Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt weicht stark von den typischen Kosten und Erlösen der Leistung ab, beispielsweise weil es sich um einen „Zahlbetrag“ handelt.

Nicht eindeutig als „falsch-niedriger Erlös“ eingestuft werden können die folgenden Konstellationen:

- Eine NUB-Leistung (Status 1) wurde erbracht und vom Krankenhaus auch im NUB-Verfahren angefragt, eine Budget- bzw. Entgeltvereinbarung zu diesem NUB besteht jedoch nicht.
- Eine NUB-Leistung (Status 1) wurde erbracht, aber vom Krankenhaus nicht im NUB-Verfahren angefragt, sodass ebenfalls keine Budget- bzw. Entgeltvereinbarung zu diesem NUB besteht.

Eher noch bedeutsamer als die fehlende Abrechnung von Zusatzentgelten oder NUB-Entgelten dürfte die Abrechnung einer inadäquaten DRG-Fallpauschale etwa infolge unvollständiger Kodierung sein. Auch in diesem Fall bringt oft nur die fallbezogene Rücksprache mit dem Kalkulationskrankenhaus abschließende Klärung. Ein Fall mit hohen OP-Kosten, aber ohne verschlüsselte operative Leistung kann falsch kodiert (ein OPS-Kode fehlt, damit dann typischerweise falsch-niedriger Erlös) oder aber falsch kalkuliert sein (OP-Kosten wurden zugewiesen, die der Fall nicht hatte, damit dann typischerweise falsch-hohe Kosten). Typische Beispiele für falsch-niedrige Erlöse aufgrund unvollständiger Verschlüsselung sind:

- Aufwendige Intensivfälle mit hohen Kosten in der Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) bei gleichzeitig fehlender oder unvollständiger Angabe von Beatmungstunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung. Sofern diese Fälle bei korrekter Kodierung eine aufwandsadäquate DRG erreichen würden, kann nicht von einer Untervergütung ausgegangen werden (oder die Untervergütung besteht ggf. in deutlich geringerem Umfang)
- Fälle mit OP- oder Implantatkosten, bei denen jedoch keine entsprechende Prozedur verschlüsselt wurde

3.1.5 Falsch-hohe Erlöse

Grundsätzlich ist analog zum in Kapitel 3.1.4 Dargestellten auch bei falsch-hohen Erlösen denkbar, dass diese entweder aufgrund der Abrechnung eines Zusatzentgelts bzw. eines NUB-Entgelts oder aber aufgrund der DRG-Eingruppierung entstehen. Jedoch scheint zumindest nicht typisch zu sein, dass laut Entgelte-Datei Zusatzentgelte oder NUB-Entgelte abgerechnet wurden, der entsprechende Fall die Leistung jedoch nicht erhalten hat und auch kein entsprechender OPS-Kode gesetzt wurde. Aufgrund der engen Kopplung von OPS-Verschlüsselung und Abrechnung von Zusatzentgelten oder ggf. auch NUB-Entgelten ist eine Diskrepanz zwischen der Abrechnung von Zusatzentgelten und der OPS-Kodierung

eher selten. Hingegen finden sich durchaus in nennenswertem Umfang Fälle, die zwar Zusatzentgelte (gemäß Entgelte-Datei) und damit korrespondierende OPS-Kodes aufweisen, jedoch keine entsprechenden Kosten (etwa für Medikamente oder Implantate). Bei dieser Konstellation existieren zwei Erklärungsansätze:

1. Kodierung und Abrechnung fehlerhaft, Kosten korrekt. In diesem Fall wären also Leistungen verschlüsselt und abgerechnet, die nicht erbracht wurden (und folglich auch keine Kosten verursacht haben). Dies wäre tatsächlich als „falsch-hoher Erlös“ zu werten.
2. Kodierung und Abrechnung korrekt, Kosten fehlerhaft. In diesem Fall wäre somit eine erbrachte aufwendige Leistung nicht entsprechend in der Kostenkalkulation berücksichtigt, beispielsweise weil die Kostenzuordnung teurer Medikamente fehlerhaft oder unvollständig erfolgte. Dies wäre nicht als „falsch-hoher Erlös“, sondern vielmehr als „falsch-niedrige Kosten“ einzuschätzen.

Nach den Erfahrungen des InEK ist hier die zweite Konstellation die erheblich häufigere. Hingegen treten „echte falsch-hohe Erlöse“ im Zusammenhang mit unbewerteten Zusatzentgelten oder NUB-Entgelten aus einem anderen Grund durchaus auf: Das abgerechnete (unbewertete) Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt weicht stark von den typischen Kosten und Erlösen der Leistung ab, beispielsweise weil es sich um einen „Zahlbetrag“ handelt. So könnte z.B. bei sehr später Budgetvereinbarung das Kostenvolumen einer aufwendigen, am Anfang des Jahres aber noch nicht über ein adäquat vereinbartes Zusatzentgelt vergüteten Leistung erlösseitig auf wenige Fälle des Restjahres verteilt sein und so zu einem falsch-hohen Erlös pro Fall führen (der dann begleitet würde von falsch-niedrigen Erlösen der vorangegangenen Fälle).

Ebenso wie zu falsch-niedrigen Erlösen kann eine inkorrekte Verschlüsselung von ICD- oder OPS-Kodes oder eine fehlerhafte Erfassung von Beatmungstunden zur Eingruppierung in eine DRG führen, deren Erlös die Kosten des Falles weit übersteigt, ohne dass hier eine Übervergütung im Sinne des Extremkostenberichts angenommen werden kann – sofern bei korrekter Kodierung eine den Kosten entsprechende DRG angesteuert worden wäre. Beispielsweise wäre ein Fall, zu dem irrtümlich eine deutlich zu hohe Anzahl von Beatmungstunden erfasst worden ist, sodass eine hoch bewertete Prä-MDC-DRG angesteuert wird, trotz eines nach der dargestellten Berechnungsweise hochpositiven Deckungsbeitrags nicht als „übervergütet“ zu werten – sofern die für die DRG auffällig geringen Fallkosten den tatsächlichen Kosten entsprechen und das Problem eindeutig auf der Seite der Kodierung und DRG-Eingruppierung identifiziert werden kann. Auch in diesem Fall kann oft letztlich erst die Rücksprache mit dem Krankenhaus klären, ob falsch-hohe Erlöse, falsch-niedrige Kosten oder – was bei den meisten dargestellten Konstellationen prinzipiell denkbar ist – eine Kombination mehrerer Fehler vorliegt (die wiederum hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf den Deckungsbeitrag gleichsinnig oder gegenläufig wirken können).

3.1.6 Übersicht

Abbildung 18 stellt eine Übersicht dar, in welcher Weise sich Kalkulations- oder Abrechnungsfehler auf Fallkosten und Fallerlöse auswirken und somit ggf. zu einem verfälschten Deckungsbeitrag führen können.

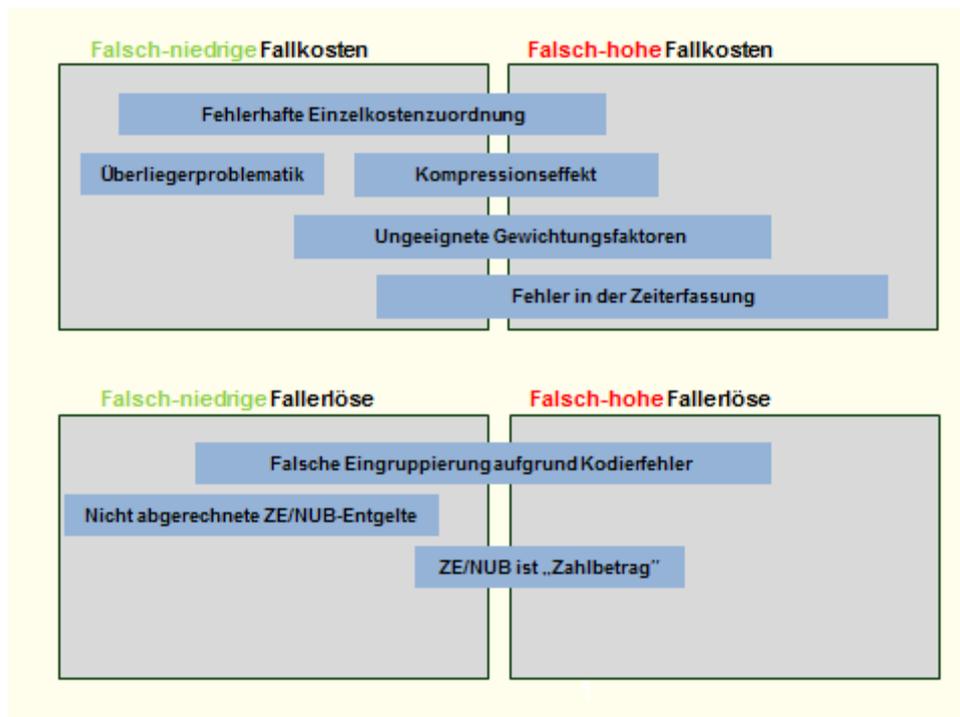


Abbildung 18: Auswirkungen von Kalkulations- oder Abrechnungsfehlern auf die Fallkosten und Fallertlöse

3.1.7 Nicht „falsch“ im hier beschriebenen Sinne

Eine hohe Bedeutung kommt der Abgrenzung scheinbarer Über- oder Untervergütung von tatsächlich bestehenden Kostenüber- oder -unterdeckungen zu. Eine Gesamtbetrachtung statistisch identifizierter Kostenausreißer kann ohne Betrachtung möglicher verfälschender Effekte nicht zielführend sein. Die oben dargestellten vier Fehlerqualitäten stellen ein grobes Raster für die Einordnung solcher Effekte dar. Zur Verdeutlichung soll abschließend die beschriebene Abgrenzung von scheinbarer und tatsächlicher Fehlvergütung einmal exemplarisch „in Gegenrichtung“ dargestellt werden: Welche Konstellationen einer Unter- oder Übervergütung sind von den oben dargestellten Fehlern abzugrenzen? Einige Beispiele:

- Fälle, die aufgrund eines sehr teuren Medikaments, für das keine entsprechenden Kostenanteile in der DRG einkalkuliert sind und für das keine Vergütungsmöglichkeit über Zusatzentgelte oder NUB-Entgelte besteht und deren Kosten deshalb die Erlöse weit übersteigen, weisen im hier beschriebenen Sinne weder „falsch-hohe Kosten“ noch „falsch-niedrige Erlöse“ auf.
- Ebenso ist eine unkomplizierte vaginale Entbindung mit Fallkosten von 5.000 € infolge einer extrem niedrigen Auslastung des Kreißsaals nicht „falsch-teuer“ in diesem Sinne.
- Wenn Patienten mit hochkomplexen und teuren Eingriffen trotz korrekter Verschlüsselung nur in einer „Misch-DRG“ zusammen mit deutlich weniger komplexen Fällen abgebildet werden und daraus eine Untervergütung resultiert, ist dies kein „falsch-niedriger Erlös“ im oben beschriebenen Sinne, sondern deutet möglicherweise auf eine noch bestehende Abbildungsschwäche des DRG-Systems hin. Einen Spezialfall der vorgenannten Konstellation stellen die DRGs für die Stammzellspende und -gabe A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender [...]* und A15 *Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen [...]* dar. Aufgrund der im Kalkulationshandbuch festgelegten Vorgehensweise bei der Zuordnung der Kosten für die Aufbereitung der Stammzellen können diese DRGs jeweils sowohl Fälle mit als auch Fälle ohne Kosten der Aufbereitung beinhalten. Den hohen Kosten von Fällen mit bestimmten Aufbe-

reitungsverfahrens kann eine Vergütung allein über das aus diesem Mischbild ermittelte Relativgewicht nicht gerecht werden. Hier ist Verbesserungsbedarf hinsichtlich Kalkulation und Klassifikation erkennbar, von „falsch-hohen“ Kosten im Sinne des Kapitel 3.1.3 kann typischerweise nicht ausgegangen werden.

- In gleicher Weise betrifft die dargestellte Konstellation einer „Misch-DRG“ natürlich auch Fälle, die trotz korrekter Kodierung noch „zu hoch“ eingruppiert werden – eine „falsch-hohe“ Vergütung im oben beschriebenen Sinne stellt auch das nicht dar.

3.1.8 Sonderfall: Fälle nach Rechnungsprüfungen

Eine Überprüfung von Kodierung und Abrechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) kann hinsichtlich der überprüften Fälle zu folgenden Ergebnissen führen, die im Zusammenhang mit der dargestellten Methodik zur Berechnung der Deckungsbeiträge problematisch sein können:

- Die Verschlüsselung bestimmter ICD- oder OPS-Kodes (oder von Beatmungstunden) wird nicht anerkannt
In der Folge kann sich eine Zuordnung zu einer anderen DRG-Fallpauschale oder eine andere Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten ergeben.
- Nicht alle Verweildauertage des Falles werden anerkannt
Damit könnten zusätzliche Entgelte für das Überschreiten der oberen Grenzverweildauer entfallen oder zusätzliche Kurzlieger-Abschläge zu veranschlagen sein.

Daraus muss sich jedoch nicht zwingend ein Problem für die Zwecke der Extremkostenanalyse ergeben, insbesondere dann nicht, wenn vom Krankenhaus sowohl die Abrechnungsdaten für den elektronischen Abrechnungsverkehr als auch die dem InEK vorliegenden §-21-Daten korrigiert wurden. In den folgenden Konstellationen ist jedoch eine Auswirkung auf den ermittelten Deckungsbeitrag möglich:

- Nicht anerkannte Verweildauertage
Typischerweise liegen dem InEK dennoch die (angefallenen) Kosten des Gesamtaufenthalts vor, zusammen mit den (durch entfallende Zuschläge oder anfallende Abschläge) verminderten Erlösen kann sich in der Analyse so eine Unterdeckung ergeben oder verstärken.
- Nicht anerkannte Zusatzentgelte, ohne dass die entsprechenden OPS-Kodes aus dem Datensatz gelöscht werden
Dies war beispielsweise bei einigen nachgefragten Fällen ohne PKMS-Zusatzentgelt, aber mit laut OPS eigentlich zusatzentgeltfähigen Punktwerten für den Pflegekomplexmaßnahmen-Score der Fall. Eine Bereinigung um Zusatzentgelt-Erlöse kann somit nicht erfolgen, sodass auch hier in der Analyse daraus eine Unterdeckung resultieren kann.

Eine Rechnungskorrektur sicher zu erkennen oder gar zu beurteilen ist anhand der im InEK vorliegenden Daten nicht möglich. Daher wird bewusst darauf verzichtet, die genannten Fallbeispiele in die Rubriken „falsch-niedrige Erlöse“ oder „falsch-hohe Kosten“ einzustufen.

3.1.9 Dimension des Fehlers und Ausmaß der Unter- oder Überdeckung

Prinzipiell kann ein bestimmter Fall zwei oder mehr Fehler der in den letzten Kapiteln beschriebenen Fehlertypen enthalten, wobei sich diese hinsichtlich der Auswirkungen auf das Ausmaß der Über- oder Unterdeckung gegenseitig verstärken oder auch abschwächen kön-

nen. Ob ein derartiger Fall in die weiteren Analysen Eingang findet, hängt vom Verhältnis der Fehlerdimensionen zueinander ebenso ab wie vom Verhältnis zum ermittelten Ausmaß der Unter- bzw. Überdeckung und kann letztlich nur nach Einzelanalyse entschieden werden.

Die oben dargestellten Fehlermöglichkeiten, welche die Ermittlung der Kosten und Erlöse – und damit der Deckung – beeinflussen können, müssen in jedem Fall kritisch daraufhin geprüft werden, ob eine ermittelte Über- oder Unterdeckung durch Wirkung und Dimension der Fehler

- erklärt,
- teilweise erklärt,
- verschleiert oder
- teilweise verschleiert

wird. Die nachfolgende Matrix in Abbildung 19 gibt einen Überblick über das Zusammenspiel von Fehlermöglichkeiten und Auswirkungen auf Über- bzw. Unterdeckung.

	Fall mit Unterdeckung Kosten > Erlöse (vor Einzelanalyse)	Fall mit Deckung Kosten = Erlöse (vor Einzelanalyse)	Fall mit Überdeckung Kosten < Erlöse (vor Einzelanalyse)
Scheinbare Unterdeckung durch Fehler in Kalkulation und/oder Abrechnung	Unterdeckung ganz oder teilweise durch Fehler erklärt	Überdeckung durch Fehler verschleiert	Überdeckung durch Fehler teilweise verschleiert
falsch-niedrige Erlöse			
falsch-hohe Kosten			
kombinierte Fehler mit Überwiegen Unterdeckung			
Kosten und Erlöse (nach Analyse) korrekt	Bestätigte Unterdeckung	Kosten durch Erlöse gedeckt	Bestätigte Überdeckung
Scheinbare Überdeckung durch Fehler in Kalkulation und/oder Abrechnung	Unterdeckung durch Fehler teilweise verschleiert	Unterdeckung durch Fehler verschleiert ***	Überdeckung ganz oder teilweise durch Fehler erklärt
falsch-hohe Erlöse			
falsch-niedrige Kosten			
kombinierte Fehler mit Überwiegen Überdeckung			

Abbildung 19: Überblick über das Zusammenspiel von Fehlermöglichkeiten und Auswirkungen auf Über- bzw. Unterdeckung

Nachfolgend sei die in Abbildung 19 mit *** gekennzeichnete Konstellation exemplarisch erläutert.

Diese trifft für einen Fall zu, der in der ersten Betrachtung des Deckungsbeitrags weitgehend ausgeglichen erscheint (weil seinen Kosten vergleichbare Erlöse gegenüberstehen), sich jedoch nach Einzelanalyse und ggf. Rücksprache mit dem Krankenhaus als Fall mit Kalkulationsfehler und deshalb „falsch-niedrigen“ Kosten erweist. Dieser ist nach Einzelanalyse nicht als sachgerecht finanziert, sondern entsprechend als unterdeckt zu werten, obwohl die Unterdeckung zunächst durch den Fehler verschleiert wird.

Um die Übersichtlichkeit der Darstellung nicht zu gefährden, wurde auf die Berücksichtigung einer Konstellation, die man verkürzt als „durch gegenläufige Fehler überkompensiert“ bezeichnen könnte, verzichtet. Eine solche Konstellation läge beispielsweise vor, wenn eine „echte Unterdeckung“ von 10.000 € durch hohe, weder über DRG noch Zusatzentgelte oder NUB-Entgelte gedeckte Medikamentenkosten von einem oder mehreren gegenläufigen Fehlern in Kalkulation oder Abrechnung überkompensiert würde (z.B. „falsch-hohe“ DRG durch fehlerhafte Erfassung von Beatmungstunden mit daraus resultierendem Erlösdelta von deutlich über 10.000 €). Nach den Erfahrungen der umfangreichen Einzelfallplausibilisierungen sind solche Fälle jedoch nicht typisch.

Nicht untypisch hingegen sind Fälle, deren Über- oder Unterdeckung nach Analyse als „teilweise erklärt“ (durch Fehler) anzusehen ist. Der folgende Fall illustriert diesen Sachverhalt gut:

- Der Vergleich zwischen den bereinigten Kosten und den Katalog-Erlösen erbringt eine Kostenunterdeckung von rund 60.000 €.
- Bei der weiteren Analyse fällt auf, dass bei diesem Fall die Kosten eines zusatzentgeltfähigen Medikaments in etwa beim Doppelten des typischen und gemäß Entgelte-Datei auch abgerechneten Wertes liegen.
- Auf Rückfrage wird vom Krankenhaus bestätigt, dass in der Kostenkalkulation das entsprechende Medikament doppelt berücksichtigt wurde.
- Die zu viel gebuchten Kosten belaufen sich auf 16.000 €.
- Weitere Fehler sind nicht erkennbar, weder hinsichtlich Kalkulation noch Kodierung oder Abrechnung. Die Kosten verteilen sich in nachvollziehbarer Weise auf die Kostenmodule, ein großer Teil davon bei langem Intensivaufenthalt auf die Kostenstellengruppe 2.
- Eine nicht erklärte Unterdeckung von 44.000 € verbleibt.

Den beschriebenen Fall als fehlerhaft vollständig aus der weiteren Analyse auszuschließen hätte eine überproportionale Berücksichtigung des im Vergleich zum Ausmaß der Unterdeckung nachrangigen Fehlers bedeutet. Ein entsprechender Ausschluss fehlerhafter Fälle aus der weiteren Betrachtung erfolgt daher nur, wenn der aufgefundene und vom Krankenhaus nicht (oder nicht suffizient) erklärte Fehler die ermittelte Über- oder Unterdeckung vollständig oder überwiegend erklärt. Wenn die festgestellte Unterdeckung nur zu einem kleinen Teil durch Kalkulations-, Kodier- oder Abrechnungsfehler zu erklären ist, verbleibt der Fall in der Analysemenge, um die Ursachen der Über- oder Unterdeckung weiter aufzuklären. Der o.g. Beispielfall verbliebe somit in der Analysemenge und würde damit auch in die nachfolgenden Ergebnisse mit seinem „ursprünglichen“ Deckungsbeitrag von minus 60.000 € eingehen.

3.2 Themenkomplexbezogene Prüfergebnisse

Wie in Kapitel 2.2.2.2 dargestellt, wurden die Krankenhäuser zu bestimmten themenbezogenen Auffälligkeiten in der Kostenkalkulation befragt und um eine Erläuterung der Auffälligkeiten gebeten. Gegenüber dem Vorjahr wurden die Bereiche, auf die sich die Nachfragen bezogen, erweitert und die Anzahl der Nachfragen erhöhte sich u.a. aus diesem Grund deutlich. Die Antworten der Kliniken zu diesen Einzelnachfragen wurden gesichtet und geprüft, inwieweit sie die Über- bzw. Unterdeckung erklären konnten oder Kalkulationsfehler aufdeckten.

Wesentlich für die Entscheidung darüber, ob ein nachgefragter Fall in der Analysemenge belassen wurde, war die Bewertung der Antwort hinsichtlich der Erklärung der Deckungsdifferenz. Denn häufig konnte die Auffälligkeit nur in Teilen erklärt werden oder es stellten sich Kalkulationsfehler heraus, die zwar zu der Auffälligkeit geführt hatten, jedoch die Deckungsdifferenz nur in einem geringen Ausmaß beeinflussten. Sofern die Kalkulation des betroffenen Falles anschließend hinreichend plausibel war und nur noch ein geringer Anteil unerklärter oder fehlerkalkulierter Kosten vorlag, wurde der Fall in der Analysemenge belassen. Dies gilt auch für Fälle, die trotz einer Auffälligkeit nicht nachgefragt wurden oder für die keine Antwort auf die Nachfrage erfolgte, wenn die Auffälligkeit nur einen geringen Anteil an der Deckungsdifferenz hatte und die Kalkulation ansonsten nachvollziehbar bzw. zu erwarten war, dass die nachgefragte Auffälligkeit nur einen kleinen Einfluss auf die Deckungsdifferenz hatte. Eine Reihe von Fällen verblieb auch ohne Beantwortung in der Stichprobe, da bei diesen Fällen dann ggf. keine eindeutige Beurteilung vorgenommen werden konnte, ob es sich um eine Fehlkalkulation oder einen korrekt kalkulierten Extremkostenfall handelte und somit

keine ausreichend sichere Begründung für eine Löschung vorlag. Dadurch sind jedoch möglicherweise unbeantwortete Fälle mit relevanter fehlerhafter Kalkulation in die Analyse mit eingeflossen. Möglicherweise sind in die Extremkostenanalysen der folgenden Jahre bei nachgefragten relevanten Kostenauffälligkeiten lediglich die tatsächlich ausreichend beantworteten Fälle einzubeziehen und die Fälle ohne Antwort aus der Analysemenge zu löschen.

3.2.1 Rücklauf der Einzelnachfragen

Wie in Kapitel 2.2.2.3 dargestellt, gab es unterschiedliche Ebenen der Kommunikation mit den Krankenhäusern im Rahmen der Extremkostenuntersuchung. In diesem Abschnitt werden die einzelfallbezogenen Nachfragen betrachtet, für die nach Betrachtung und Analyse des Falles konkrete Auffälligkeiten in der Kostenkalkulation oder im Vergleich zwischen Kodierungs- bzw. Abrechnungsdaten und Kosten festgestellt wurden. In diesen Fällen wurden die Kalkulationskrankenhäuser konkret zu einer Erläuterung der Auffälligkeit oder Darlegung bzw. Nachweis der Kosten aufgefordert.

Insgesamt wurden 5.578 Einzelnachfragen zu Extremkostenfällen versendet (gegenüber 1.443 im Vorjahr). Die Steigerung begründet sich einerseits mit einer Ausweitung der Fragestellungen bei den Kostenauffälligkeiten, andererseits waren auch mehr Krankenhäuser als im Vorjahr von den Nachfragen betroffen. Bis Ende 2015 wurden 69,9% dieser Nachfragen durch die Krankenhäuser mit teils ausführlichen Erläuterungen, Kostenaufstellungen, Rechnungsbelegen oder Falldarstellungen beantwortet. Durch die Antworten konnten die angefragten Auffälligkeiten zum großen Teil nachvollziehbar erklärt werden. In diesen Fällen waren daher die Über- bzw. Unterdeckungen nicht auf fehlerhafte Kosten oder Erlöse zurückzuführen und die Kalkulationen sachgerecht und nachvollziehbar.

Hinsichtlich der allgemeinen Ursachen für Kalkulationsfehler (falsch-hohe oder falsch-niedrige Kosten) bzw. Fehler bei der Abrechnung bzw. Erlösübermittlung (falsch-hohe oder falsch-niedrige Erlöse) verweisen wir auf die entsprechende ausführliche Aufstellung im letztjährigen Bericht sowie Kapitel 3.1 im aktuellen Bericht.

Einige Antworten waren zu allgemein, zu ungenau oder gingen nicht auf die Fragestellung ein und konnten daher die Auffälligkeiten nicht oder nur teilweise erklären. Beispielsweise kann eine Antwort „Kosten sind korrekt“ auf eine differenzierte Fragestellung wie zur Erläuterung eines Kostensatzes für den Ärztlichen Dienst im OP von mehr als 3 € pro OP-Minute die Kostenauffälligkeit nicht erklären und daher keinen Beitrag zur Analyse der Kostenausreißer leisten.

In der Bewertung kann der Rücklauf auf die Einzelnachfragen im Rahmen des Extremkostenberichts sowohl hinsichtlich der hohen Rücklaufquote als auch hinsichtlich des Detaillierungsgrads der Beantwortung erneut als sehr positiv angesehen werden, insbesondere vor dem Hintergrund der erheblichen Steigerung der Nachfragen. Durch die Erfahrungen aus dem letzten Jahr und daraus resultierender Standardisierung der Fragestellungen konnte der Einzelaufwand für die Nachfragen verringert werden.

3.2.2 Thematische Gliederung

Die Anfragen bezogen sich thematisch auf einen bestimmten Kalkulations- oder Datenbereich, sodass ggf. einzelne Fälle von mehreren Anfragen betroffen sein konnten. Im Einzelnen ergeben sich für die verschiedenen angefragten Themen folgende Ergebnisse (vgl. Tabelle 5):

Bereich	Anteil an Nachfragen	Rücklaufquote	Löschquote (bezogen auf Nachfragen)
Medikamente/ergänzende Daten	39,8%	70,7%	20,5%
OP/Implantate/Anästhesie	10,4%	70,1%	9,3%
Intensivstation	7,8%	66,1%	7,3%
Dialyse	5,8%	70,7%	14,0%
Normalstation	5,0%	54,4%	5,7%
Sonstiges	3,6%	82,6%	29,5%
Gesamt	100,0%	69,9%	17,4%

Tabelle 5: Aufteilung der Kostenausreißer auf Themengebiete bei den Einzelnachfragen

Im Rahmen der Extremkostenanalyse 2014 war der Anteil der gelöschten Fälle mit 36,5% noch deutlich höher. Dies liegt u.a. daran, dass aufgrund geänderter Kalkulationsvorschriften bestimmte Kalkulationsfehler oder unerklärte Auffälligkeiten nicht mehr im gleichen Ausmaß auftraten (siehe z.B. *Gewichtung der Intensivbehandlung*) oder aus den Erfahrungen des letztjährigen Extremkostenberichtes entstandene neue bzw. geschärfte Plausibilitätsprüfungen eine Reihe von fehlerhaften Fällen bereits bei der Datenlieferung abfing.

Bei den in der Analysemenge verbleibenden Fällen wurden die Kostenauffälligkeiten durch teils ausführliche und detaillierte Erläuterungen, Kostenaufstellungen oder Rechnungsnachweise weitgehend und nachvollziehbar erklärt. Diese Fälle sind für eine systematische Analyse der Ursachen für die Über- bzw. Unterdeckung geeignet.

3.2.2.1 Intensivmedizinische Behandlung

Wie im Vorjahr erfolgten in Bezug auf die Kosten der Intensivstation dezidierte Nachfragen bei den Kalkulationskrankenhäusern.

Für die Analyse der Kalkulation der Intensivstation sind bereits in den typischen Kalkulationsdaten eine Reihe von Informationen vorgesehen. So sind mit der Kalkulationsgrundlage bereits folgende Strukturdaten der Intensivstation zu übermitteln:

- Nr. der Station
- Bezeichnung der Station
- Belegung durch Fachabteilung(en)
- Anzahl Betten
- Anzahl Fälle im Datenjahr
- Verwendung des OPS für intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Verwendung des OPS für aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Gesamtstunden Intensiv, gewichtet
- Gesamtstunden Intensiv, ungewichtet
- Gesamtkosten Ärztlicher Dienst
- Gesamtkosten Pflegedienst und Funktionsdienst
- Gesamtkosten Arzneimittel
- Gesamtkosten medizinischer Sachbedarf
- Gesamtkosten medizinische Infrastruktur

- Gesamtkosten nicht medizinische Infrastruktur
- Gesamtkosten

Daraus lassen sich u.a. folgende Kennzahlen berechnen:

- Kosten Ärztlicher Dienst pro gewichteter Intensivstunde
- Kosten Pflege- und Funktionsdienst pro gewichteter Intensivstunde
- Gewichtungsfaktor
- Auslastung
- Kosten Ärztlicher Dienst pro Bett
- Kosten Pflege- und Funktionsdienst pro Bett

Weiterhin sind fallbezogene Daten für jeden Intensivaufenthalt zu übermitteln:

- Fallnummer
- Bezeichnung der Intensivstation
- Kennzeichen intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Anzahl TISS/SAPS-Punkte
- Aufnahme (Station)
- Entlassung (Station)
- Ungewichtete Intensivstunden
- Gewichtete Intensivstunden
- Kosten Ärztlicher Dienst
- Kosten Pflegedienst und Funktionsdienst
- Kosten Arzneimittel
- Kosten medizinischer Sachbedarf
- Kosten medizinische Infrastruktur
- Kosten nicht medizinische Infrastruktur
- Kosten gesamt

Daraus lassen sich u.a. folgende Kennzahlen berechnen:

- Kosten Ärztlicher Dienst pro gewichteter Intensivstunde
- Kosten Pflege- und Funktionsdienst pro gewichteter Intensivstunde
- Gewichtungsfaktor

Zusätzlich sind die Gewichtungsmodelle und die zu vergebenden Gewichtungsfaktoren zu erläutern.

Werden alle Daten korrekt übermittelt, lässt sich die fallbezogene Kalkulation für die Intensivbehandlungen detailliert plausibilisieren. Im Kalkulationsjahr 2015 waren allerdings viele Krankenhäuser noch nicht in der Lage, die Strukturdaten oder die Falldaten oder auch beide Datensätze vollständig und korrekt zu liefern. Weiterhin lagen sehr häufig Abweichungen zwischen den Strukturdaten und den fallbezogenen Daten vor. Wenn beispielsweise die Stationsbezeichnung nicht übereinstimmte, war eine Plausibilisierung der Falldaten erschwert.

Doch auch wenn ein Bezug zwischen Falldaten und Strukturdaten hergestellt werden konnte, wichen die Werte in den Falldaten teilweise von den Strukturdaten ab.

Sofern Auffälligkeiten in den Kostendaten der Intensivkalkulation vorlagen, beispielsweise durch extrem hohe Tageskosten im Ärztlichen Dienst oder im Pflegedienst, erfolgen fallbezogene Nachfragen. Wenn die oben genannten Daten noch nicht vorlagen, wurden sie einzelfallbezogen nachgefragt. Zusätzlich wurde um Erläuterung der konkreten Auffälligkeit gebeten.

Sofern grundsätzlich eine korrekte Zuordnung bzw. Abgrenzung der Kosten der Intensivstation insgesamt vorliegt, stehen auffällig abweichende Werte bei den Kostensätzen im Bereich der Intensivstation oft im Zusammenhang mit der Gewichtung, die ein wesentliches Kriterium ist, nach der beispielsweise Personalkosten auf die intensivmedizinisch behandelten Patienten verteilt werden. Eine weitere Möglichkeit der Erklärung auffälliger Kostensätze ist die Auslastung der Einheit, da die Kosten ebenfalls über die Anzahl der Belegungstage der Station verteilt werden.

Gewichtung

Aufgrund der aus dem vorjährigen Extremkostenbericht gewonnenen Erfahrungen wurden die Kalkulationshinweise in Bezug auf die Gewichtung der Intensivstunden für die Kalkulationsrunde 2015 konkretisiert und mit Beispielen ausgeführt. Daher ergaben sich übermäßig große Spreizungen der Gewichtung nicht mehr im gleichen Maße wie im Vorjahr. In der letztjährigen Untersuchung führten extreme Spreizungen der Gewichtung ggf. zu überhöhten Kostenzuordnungen bei einzelnen Intensivpatienten. Dennoch können aufgrund einer Gewichtung einem aufwendigen Patienten ggf. mehr Kosten zugeordnet werden, als sich letztlich über die Kodierung in der DRG und der darauf beruhenden Abrechnung als Erlös ergeben. Sofern die über die Kostengewichtung abgebildete Personalbindung in einem plausiblen Rahmen bleibt, ist ein solcher Fall in der Analysemenge zu belassen.

Auslastung

Ein weiterer Grund für hohe Intensivkosten von Extremkostenfällen findet sich in der Auslastung der Stationen. Dies gilt insbesondere für Stationen mit besonderer Ausstattung bzw. hohen Vorhaltungskosten und damit per se relativ hohen Kostensätzen, wie spezialisierten Intensivstationen (z.B. Verbrennungsbetten) oder neonatologischen Einheiten. Bei geringerer Auslastung verringert sich die Nutzungszeit, wodurch die Kosten pro Zeiteinheit steigen.

Die dadurch erhöhten durchschnittlichen Kostensätze bzw. Tageskosten kumulieren über die Behandlungsdauer und führen dann insbesondere bei langen Aufenthalten zu auffälligen Kostenunterdeckungen.

3.2.2.2 Normalstation

Auch bei der Kostenstellengruppe „Normalstation“ erfolgten detaillierte Einzelnachfragen ähnlich den oben dargestellten Fragen zur Intensivstation. Auffällige Kostensätze können durch den oben dargestellten Sachverhalt der Auslastung, durch die Gewichtung mittels PPR-Einstufung oder durch die Personalkostenzuordnung zu der betreffenden Station entstehen.

3.2.2.3 Operative Behandlung und Anästhesie

Kalkulationsfehler im OP können beispielsweise aufgrund fehlerhafter Erfassung der Operationszeit, falschem Gleichzeitigkeitsfaktor sowie unplausibel hohen Kostensätzen entstehen. Werden beispielsweise die Kosten der Ärzte vollständig im OP verbucht, obwohl die Ärzte zwischen den OP-Zeiten auch andere Leistungen erbringen, führt dies zu unplausibel hohen

Kostensätzen im OP, während diese Kosten in anderen Bereichen wie beispielsweise den Stationen fehlen können. Nach dem Ausschluss von Dokumentations- und Kalkulationsfehlern stellten sich hohe Kosten in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) meist aus folgenden Gründen dar:

Auslastung

Ebenso wie bei den Stationen ist die Auslastung eine wesentliche Größe zur Berechnung der Kostensätze. Eine Auslastungsproblematik besteht beispielsweise bei spezialisierten OP-Bereichen, die nur für bestimmte Operationen vorgehalten und genutzt werden. Ein weiteres Beispiel sind Phasen der Nichtnutzung trotz weiterlaufender Kosten, wie es z.B. bei Bau- oder Hygienemaßnahmen vorkommen kann.

Mehrfachoperationen bei schwerem Verlauf

Eine typische Ursache für hohe Kosten in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) sind nach wie vor schwerwiegende Krankheitsverläufe, die mehrfache und aufwendige Operationen erfordern. Bei gleichzeitiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung und Beatmung über längere Zeiträume wird die Zuordnung zur DRG in erster Linie durch die OPS-Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bzw. durch die Anzahl der Beatmungsstunden bestimmt, wobei komplexe Operationen oder Mehrfacheingriffe die Eingruppierung mitbestimmen und in die Kostenkalkulation einfließen. Daher besteht innerhalb der für aufwendige Fälle kalkulierten DRGs auch für komplexe Fälle mit mehrfachen Operationen häufig keine Deckungsproblematik.

Allerdings lässt sich nicht jeder einzelne Fall mit schwerwiegendem Verlauf detailliert innerhalb eines pauschalen Systems abbilden. Die Fallkosten fließen zwar in die Kalkulation der jeweiligen DRG ein, doch da es sich um Einzelfälle handelt und sich keine ausreichende Fallzahl vergleichbarer Fälle mit typischen Eigenschaften abgrenzen lässt, können solche Fälle aufgrund der Mischung mit weniger aufwendigen Fällen ggf. eine Unterdeckung aufweisen. Zudem sind diese Fälle mit schwerwiegendem Verlauf häufiger ungleich über die Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen verteilt.

Soweit sich in einzelnen DRGs typische Fälle mit Mehrfachoperationen in ausreichender Anzahl abgrenzen ließen und entsprechende Kostenunterschiede aufwiesen, wurden sie im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems weiter analysiert und ggf. aufgewertet. Dadurch wurde die Abbildung von Mehrfachoperationen im DRG-System weiter verbessert (siehe auch Abschlussbericht G-DRG-System 2016).

Implantatkosten

Eine weitere mögliche Ursache besonders hoher Kosten bei operativ behandelten Fällen sind überdurchschnittlich hohe Implantatkosten, die nicht über Zusatzentgelte oder NUB-Entgelte refinanziert werden. Auffälligkeiten ergaben sich in diesem Bereich durch fehlerhafte Dokumentation, beispielsweise dadurch, dass zwar der OPS-Kode für einen Teil des Implantats angegeben wurde, aber nicht der Code für das ZE-auslösende oder DRG-bestimmende eigentliche Implantat, sodass sich hier eine Unterdeckung aufgrund falsch-niedriger Erlöse ergab. Ein Beispiel hierfür ist die Kodierung der Implantation einer Elektrode zur Rückenmarksstimulation (OPS 5-039.3*: *Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode zur Rückenmarkstimulation*) bei fehlender Kodierung des ZE-auslösenden Neurostimulators (OPS 5-039.e*: *Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation mit Implantation oder Wechsel einer Neurostimulationselektrode*), wenn die Höhe der Kosten in der Kostenart für Implantate nahelegte, dass auch ein Neurostimulator implantiert wurde bzw. die Antwort der Klinik dies bestätigte.

Die Kosten für Implantate können auch erhöht sein durch eine kalkulatorisch höhere Anzahl von Implantaten als in der jeweiligen DRG vorgesehen. Dies kann auf einen Fehler bei der Zuordnung des Implantats zum Patienten im Rahmen der Kalkulation beruhen. Sofern je-

doch tatsächlich mehrere Implantate im Rahmen der Operation verwendet wurden, sind die erhöhten Kosten auch tatsächlich in der Kalkulation zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems konnten eine Reihe von Implantaten weiter analysiert und die kostengerechte Abbildung von Implantaten insbesondere im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie weiter verbessert werden.

3.2.2.4 Medikamente und ergänzende Daten

Neben den Einzelkosten für Medikamente in der Kostenart 4b werden für bestimmte Medikamente im Rahmen der ergänzenden Datenlieferung detaillierte Angaben über Präparate, Kosten und Dosierung erhoben. Daraus können mehrere Nachfragegründe entstehen:

- Fehler in ergänzenden Daten, z.B.
 - Fehlerhafte Einheit (z.B. Angabe von g statt mg)
 - Unplausibles Verhältnis von Dosis zu Preis
- In den ergänzenden Daten werden Präparate angegeben, für die ein OPS existiert
 - ohne dass dieser OPS angegeben wurde, oder
 - der OPS wurde in einer anderen Dosierung angegeben als in den ergänzenden Daten
- In den OPS-Daten findet sich ein relevanter OPS, zu dem jedoch keine Angabe in der ED erfolgte
- Es wurde ein abrechnungsrelevanter OPS angegeben, zu dem jedoch kein Entgelt (ZE/NUB) übermittelt wurde
- Es wurde ein Entgelt angegeben, ohne dass ein entsprechender OPS übermittelt wurde

Diese in Abbildung 20 dargestellten Möglichkeiten werden teilweise bereits im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen überprüft.

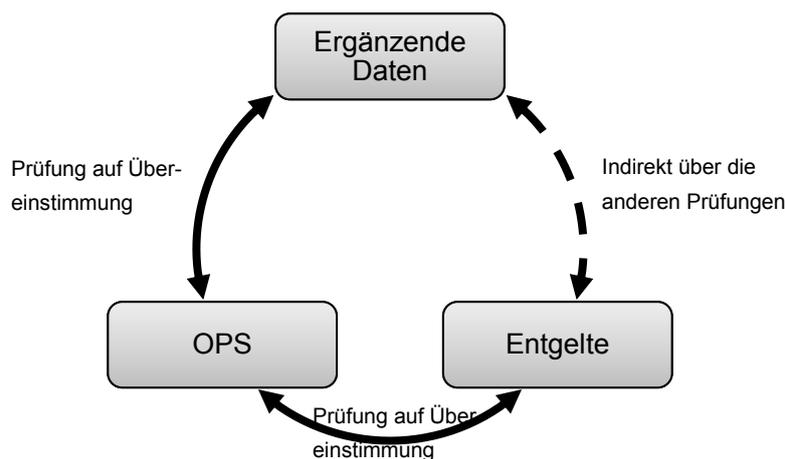


Abbildung 20: Prüfung der Übereinstimmungen zwischen ergänzenden Daten, dokumentierten OPS und Entgelte-Datei

Zusätzlich ergeben sich Fragestellungen aus dem Vergleich der ergänzenden Daten mit den Kostendaten in der Kostenart 4b:

- Die fallbezogenen Kostenangaben der ergänzenden Daten sind höher als die Summe der Kostendaten in der Kostenart 4b

- Nach Abzug der durch die ergänzenden Daten erklärten Medikamentenkosten verbleibt auf der Kostenart 4b noch ein relevanter nicht erklärter Betrag.

Hinsichtlich des Vergleichs zwischen den übermittelten OPS bzw. den ED-Angaben und den übermittelten Entgelten ergibt sich zudem die Schwierigkeit, dass NUB-Entgelte und bestimmte krankenhausesindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelte mitunter erst nach unterjährigen Budgetverhandlungen zur Verfügung stehen. Die Leistungen vor der entsprechenden Vereinbarung können dann ggf. vom Krankenhaus nicht abgerechnet werden, sodass die entsprechenden Fälle (sofern eine Vereinbarung des entsprechenden Entgeltes unterjährig erfolgt) einen falsch-niedrigen Erlös aufweisen. Werden im Rahmen der Verhandlungen die Entgelte ausgeglichen, beispielsweise indem die Summe der Entgelte für alle geplanten Leistungen des Jahres lediglich auf die geplanten Fälle nach Inkrafttreten der Vereinbarung verteilt und daraus der Zahlbetrag für diese Fälle ermittelt wird, dann erhalten die tatsächlich mit dem entsprechenden Entgelt abgerechneten Fälle nach der Vereinbarung einen falsch-hohen Erlös.

Für die Fälle, bei denen die Überprüfung der oben dargestellten Konstellationen keine Auffälligkeiten ergab bzw. bei denen diese Auffälligkeiten erklärt werden konnten, können die Deckungsdifferenzen durch folgende Ursachen bedingt sein.

Kosten für Medikamente, die nicht durch Zusatzentgelte oder als NUB abgebildet sind, werden bei der Kalkulation der DRG des jeweiligen Falles berücksichtigt und gehen somit in die Ermittlung des DRG-Relativgewichts ein, sodass sie – systemweit betrachtet – entsprechend finanziert sind.

Wie im Vorjahr zeigte sich auch bei vielen teuren Medikamenten (beispielsweise bestimmten Antibiotika), dass die Finanzierung dieser Medikamente in der Regel sachgerecht durch die DRG erfolgt, da entweder diese Medikamente nur einen verhältnismäßig geringen Anteil bei bereits aus anderen Gründen sehr teuren DRGs ausmachen oder keine Schiefelage im Sinne einer deutlich unterschiedlichen Verteilung über verschiedene Krankenhäuser besteht. Zudem wurde im Zuge der Weiterentwicklung des DRG-Systems auch die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern untersucht und – dort, wo sich entsprechende Kostendifferenzen zeigten – aufgewertet.

Besondere Konstellationen am Beispiel polyvalenter Immunglobuline

Eine besondere Auffälligkeit im diesjährigen Nachfrageverfahren in Bezug auf Medikamente ergab sich für polyvalente Immunglobuline. Für deren Abbildung existiert ein OPS (*8-810.w* Human-Immunglobulin, polyvalent*) sowie ein dosisabhängiges Zusatzentgelt (*ZE93 Gabe von Human-Immunglobulin, polyvalent, parenteral*). In einigen Fällen wurden die Gaben entsprechender Medikamente nicht oder nur teilweise als ZE zur Abrechnung gebracht (falsch-niedrige Erlöse).

Neben von diesen durch Abrechnungsfehler bedingten Unterdeckungen gibt es jedoch weitere Ursachen, die Deckungsdifferenzen bedingen.

So gibt es unterschiedliche Präparate mit deutlichen Unterschieden bei den Dosiskosten. Die unterschiedlichen Preise der einzelnen Präparate zeigten in der eingehenden Analyse keine eindeutige Systematik. So lässt sich beispielsweise in den für 2015 verfügbaren Daten (einschließlich der Rückmeldungen der Kalkulationskrankenhäuser zu nachgefragten Auffälligkeiten bei Immunglobulinen) keine eindeutige Abhängigkeit der Preise pro Einheit von der Zusammensetzung des Präparats nachweisen, wie dies z.B. hinsichtlich des IG_M-Anteils zum Teil beschrieben worden ist. Eine weiter differenzierte ergänzende Datenabfrage wird die Analysemöglichkeiten zu diesen sehr finanzrelevanten Präparaten im laufenden Jahr weiter verbessern.

Weiterhin divergieren die angegebenen Kosten auch bei gleichen Präparaten zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Dies kann dadurch erklärt werden, dass Krankenhäuser Medikamente zum Teil mengenabhängig zu unterschiedlichen Preisen einkaufen, sodass ein

Krankenhaus mit einem hohen Verbrauch geringere Dosiskosten hat als ein Krankenhaus, in dem diese Medikamente nur gelegentlich verabreicht werden. Da die typischen Istkosten-Angaben der Kalkulationskrankenhäuser für die Berechnung des Zusatzentgeltes verwendet werden, kann dessen Höhe vom Listenpreis abweichen.

3.2.2.5 Dialyse

Anlass für Nachfragen in diesem Bereich waren relevante Differenzen zwischen den für die Dialyse angegebenen Kosten und den entsprechenden Erlösen durch Zusatzentgelte. Nach Ausschluss von Kalkulationsfehlern wurden die entsprechenden höheren Kosten in der Regel detailliert durch die Krankenhäuser dargestellt und erläutert. Dabei handelte es sich beispielsweise um die Kosten bei speziellen Dialyseverfahren (z.B. Immunadsorption mit regenerierbarer Säule) oder durch Verbrauch mehrerer Filtereinheiten.

3.3 Überarbeitung der G-DRG-Klassifikation für 2016

3.3.1 Übersicht

Eines der Ziele eines pauschalierenden Entgeltsystems ist die Zusammenfassung ähnlicher Fallkonstellationen zu möglichst homogenen Klassen, den jeweiligen DRGs. Dabei finden neben medizinischen Kriterien, wie beispielsweise der Zuordnung zu einer sogenannten Hauptdiagnosegruppe (MDC – „Major Diagnostic Category – nach einem Organsystem oder einer Erkrankungsätiologie, die mit einem speziellen medizinischen Fachgebiet verbunden ist), natürlich auch ökonomische Parameter Berücksichtigung. Hier stehen hauptsächlich die Kosten und die Verweildauer im Fokus. Im Rahmen der jährlichen klassifikatorischen Überarbeitung des G-DRG-Systems findet routinemäßig eine Überprüfung der einzelnen Fallpauschalen hinsichtlich etwaiger Extremkostensituationen statt. Hier wird gezielt nach Kostenausreißerfällen innerhalb der einzelnen DRGs gesucht. Neben der absoluten Höhe der Fallkosten wird hier auch das Verhältnis von Kosten zu Erlösen – also die Frage, ob eine erhebliche Über- oder Unterdeckung vorliegt – betrachtet. Das G-DRG-System bietet dann verschiedene Möglichkeiten, mit derartigen Auffälligkeiten zu verfahren:

- Verschiebung der betroffenen Fälle in DRGs mit vergleichbarer Kosten- und Verweildauerstruktur
- Etablierung von neuen, spezifischeren Fallpauschalen
- Bereinigung bestehender Fallpauschalen um weniger komplexe und somit konsekutive Besserstellung verbleibender Fälle
- Finanzierung über bewertete oder nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Entgelte

Neben den im Rahmen der jährlichen Überarbeitung vorgenommenen zahlreichen Detailverbesserungen wurden bei der aktuellen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems auch vier systematische Ansätze verfolgt, um die Abbildung von Extremkostenfällen weiter zu optimieren:

- Modifikation der Formel zur Berechnung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads
- Zahlreiche individuelle Anpassungen bei den Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung

- verbesserte Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern sowie
- systematische Überprüfung von Fällen mit einem Belegungstag

Den tatsächlich vorgenommenen Änderungen des G-DRG-Systems steht ein Mannigfaches an Analysen und Untersuchungen gegenüber. Tatsächlich scheitert eine Umsetzung häufig daran, dass die für eine Bewertung der Ergebnisse benötigte Anzahl von Fällen oder Leistungserbringern zu gering ist, obschon bei der Einordnung von Extremkostenfällen diesbezüglich nicht so enge Maßstäbe angelegt werden wie bei weniger komplexen Konstellationen. Die mittlerweile etablierte Plausibilisierung auf Einzelfallebene sowie eine direkte Kommunikation mit den Krankenhäusern helfen bei der Einordnung dieser aufwendigen Fälle.

In diesem Zusammenhang sei auch nochmals auf die Implementierung von Innovationen und medizinischen Neuerungen im deutschen Fallpauschalensystem verwiesen. Auch und gerade in diesem Bereich ist die Entwicklung des G-DRG-Systems auf externe Hinweise und Informationen angewiesen. Das sogenannte NUB-Verfahren nach § 6 Abs. 2 KHEntgG bietet den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit, für noch nicht über Fallpauschalen oder Zusatzentgelte abrechenbare neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf ein Jahr befristete Vergütungen zu vereinbaren, die dann ggf. später über eine Vergütung per Krankenhausindividuellem Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG oder als bewertetes Zusatzentgelt Eingang in den Fallpauschalen-Katalog finden können.

Zu beachten ist, dass im vorliegenden Bericht die Kostendeckung von Kostenausreißern in erster Linie auf Grundlage der aktuellsten verfügbaren Daten und des aktuellsten verfügbaren Entgeltsystems analysiert wird. Hinsichtlich der Vergütung über Fallpauschalen entspricht dieser Vorgehensweise die Verwendung des G-DRG-Groupers 2014/2016, der ja gerade Daten des Jahres 2014 nach der G-DRG-Klassifikation 2016 verarbeiten kann. Folglich werden auch die DRG-Erlöse anhand der Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2016 ermittelt. Die Erlösbestandteile „Zusatzentgelte“ und „NUB-Entgelte“ hingegen werden auf Grundlage der fallbezogenen Angaben in der Entgelte-Datei in die Analyse einbezogen, sodass hier die Entgelte des Jahres 2014 maßgeblich sind. Diese Vorgehensweise kann zu einer deutlichen Überschätzung der Unterdeckung bei Fällen führen, die von neuen oder veränderten Zusatzentgelten oder NUB betroffen sind (vgl. ausführliche Darstellung in Kap. 3.3.7).

Der sogenannte Strukturierte Dialog, das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“, spielt in diesem Zusammenhang ebenso eine wichtige Rolle, da auf diesem Wege häufig entscheidende Informationen für die Identifizierung von Extremkostenfällen geliefert werden und das Auffinden von Kostenausreißerfällen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser erst ermöglichen. Eine noch ausgiebigere Nutzung dieser Möglichkeit zur Mitgestaltung des G-DRG-Systems wäre für die Zukunft wünschenswert.

3.3.2 Patientenbezogener Gesamtschweregrad

Das Vorhandensein von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) kann die Behandlung von Krankheiten und Störungen erschweren und verteuern. Diese unterschiedliche Erkrankungsschwere wird im G-DRG-System mit Hilfe des patientenbezogenen klinischen Schweregrads (PCCL – Patient Clinical Complexity Level) abgebildet. Dieser PCCL berechnet sich aus den kumulierten Schweregraden von Komplikationen und Komorbiditäten (CCL) der einzelnen Diagnosen eines Patienten, die wiederum in Abhängigkeit der Fallpauschale einen bestimmten Wert aufweisen. So ergibt sich für jeden Behandlungsfall in Abhängigkeit von der Kostenrelevanz seiner Begleiterkrankungen auf hochdifferenzierte Weise ein DRG- und ein fallspezifischer Wert, durch den vorliegende Begleiterkrankungen implizit in die Zuweisung zu einer Fallpauschale eingehen können, ohne jedoch die tatsächliche Erhöhung

des Aufwands explizit messen zu müssen. Bislang unterschied das G-DRG-System die folgenden CCL-Werte:

- CCL = 0 Der Kode ist keine Komplikation oder Komorbidität oder der Kode kennzeichnet eine Komplikation oder Komorbidität, die jedoch eng mit der Hauptdiagnose verbunden ist, oder genau derselbe Kode ist bereits an einer anderen Stelle des Datensatzes enthalten.
- CCL = 1 Der Kode kennzeichnet eine leichte CC.
- CCL = 2 Der Kode kennzeichnet eine mäßig schwere CC.
- CCL = 3 Der Kode kennzeichnet eine schwere CC.
- CCL = 4 Der Kode kennzeichnet eine äußerst schwere CC.

Aufgrund einer „Kappungsgrenze“ von 4 bei der Ermittlung des PCCL hatten bislang Fälle denselben äußerst schweren Gesamtschweregrad, die de facto bezüglich ihrer Nebendiagnosen erheblich differierten. So waren Fälle mit einer sehr hohen Anzahl von Diagnosen mit CCL = 4 im Ergebnis Patienten mit zwei Diagnosen mit CCL = 3 und einer Diagnose mit CCL = 2 hinsichtlich ihres PCCL-Wertes gleichgestellt.

Da gerade im Bereich der Extremkosten viele Patienten eine der höheren Schweregradstufen aufweisen, erschien eine weitere Differenzierung der Fälle mit äußerst schweren CC für die Kalkulation von Fallpauschalen vielversprechend. Dies erfolgt im G-DRG-System 2016 durch die Etablierung der zusätzlichen Schweregrade 5 und 6 („schwerste CC“). Nach zahlreichen Analysen zu linearen und nicht linearen Kurvenverläufen und unterschiedlichen Werten für den Steigungsparameter wurde ein steilerer Verlauf der PCCL-Kurve umgesetzt. Die Formel wurde letztendlich derart verändert, dass die PCCL-Kurve für kumulierte Schweregrade ab 5,83 nun linear und nicht mehr logarithmisch wächst. Der Steigungsparameter beträgt aktuell $\tau = 1,25$. Eine grafische Darstellung der Modifikation der PCCL-Formel findet sich in Abbildung 21.

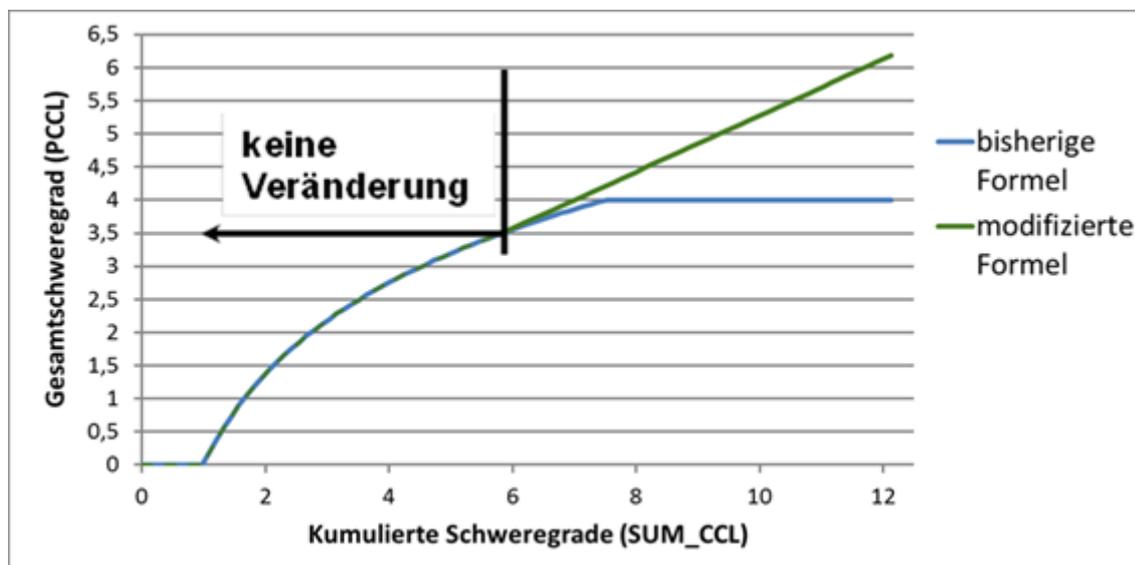


Abbildung 21: Grafische Darstellung der Modifikation der PCCL-Formel

Diese Änderung ermöglicht eine deutlich differenziertere Abbildung von Fällen mit äußerst schweren CC, während sich für Patienten mit niedrigerem PCCL keine Veränderung ergibt:

Bisherige Formel	keine CC	leichte CC	mäßig schwere CC	schwere CC	äußerst schwere CC		
	0	1	2	3	4		
Neue Formel	keine CC	leichte CC	mäßig schwere CC	schwere CC	äußerst schwere CC	schwerste CC	
	0	1	2	3	4	5	6

Abbildung 22: Ergebnis der veränderten PCCL-Berechnung im G-DRG-System 2016

Die modifizierte PCCL-Berechnung eröffnet zusätzliche Möglichkeiten der Nutzung von PCCL-Splits im G-DRG-System. War bislang „PCCL > 3 – äußerst schwere CC“ die höchste Ausprägung bei der Berücksichtigung von Komorbiditäten, so lässt die neue Berechnungsmethode zusätzlich eine Differenzierung von „PCCL > 4“ und „PCCL > 5“ – schwerste CC – zu. Von diesen neuen Möglichkeiten wurde im Jahr der Änderung jedoch nur sehr dosiert Gebrauch gemacht und Änderungen nur an Stellen des Algorithmus implementiert, die sich nach umfangreichen Analysen als besonders geeignet erwiesen. Innerhalb der Basis-DRG A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.764/1.656/1.932 Aufwandspunkte* wurde beispielsweise die Bedingung der DRG A11G um das Kriterium „PCCL > 5“ ergänzt. Neben weiteren Basis-DRGs der Prä-MDC ist vor allen Dingen die MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* betroffen, aber in Einzelfällen auch Basis-DRGs in anderen MDCs. Zukünftig wird die nunmehr erweiterte Option der PCCL-Splits Inhalt weitergehender Untersuchungen sein und sicherlich auch zunehmend als Kostentrenner im G-DRG-System fungieren. Kapitel 3.4.8 enthält weitere Informationen zu Fällen mit schwersten CC.

Neben der Modifikation der PCCL-Formel wurden in diesem Jahr auch wieder umfangreiche Änderungen an der CCL-Matrix vorgenommen, nachdem diese im Vorjahr nur vereinzelt angepasst wurde. Dabei wurden – wie in den vergangenen Jahren üblich – einzelne Diagnosen DRG-spezifisch bewertet, sodass nach Analyse der Kosten der entsprechenden Fälle schlussendlich der CC-Wert von mehr als 1.800 Diagnosen einer Neubewertung unterzogen wurde. Als Beispiel sei hier die Diagnose *Fournier-Gangrän bei der Frau* (N76.80) genannt, die im neuen Katalog innerhalb von 576 Basis-DRGs aufgewertet wurde, wogegen die CC-Werte bestimmter Diagnosen für die Erkrankungen einzelner Herzklappen in mehreren Basis-DRGs abgewertet wurden.

3.3.3 Intensivmedizin

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Operationen- und Prozedurenschlüssels wurden seitens des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Jahr 2013 die Prozeduren für die „Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ etabliert. Dieser sogenannte Super-SAPS fordert von den Leistungserbringern allerdings einen deutlich höheren personellen und apparativen Aufwand als die bestehenden OPS-Codes für die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ (normaler SAPS) oder die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter“ (Kinder-SAPS), die bereits seit dem Jahr 2005 existieren. Damit sind diese Prozeduren spezifisch für hochaufwendige Fälle, die insbesondere in Universitätskliniken und anderen Maximalversorgern behandelt werden und stellen neben den Beatmungsstunden insbesondere in der Prä-MDC das wichtigste Kriterium zur Differenzierung dar. Der Aufwand wird gemessen, indem die Aufwandspunkte nach Therapeutic Intervention Scoring System und Simplified Acute Physiology Score (TISS/SAPS) über die Dauer des stationären Aufenthalts summiert werden. Nach ersten Analysen wurden bereits im Vorjahr – allerdings nur bei erheblichen Kostenunterschieden – zahlreiche Umbauten im G-DRG-System vorgenommen.

Erste Analysen der Kalkulationsdaten des Jahres 2014 aus dem Bereich Intensivmedizin zeigten allerdings erhebliche Abweichungen von den erwarteten Ergebnissen. Wie bereits im Vorjahr waren von mehreren Krankenhäusern, die aufgrund ihrer infrastrukturellen und personellen Ausstattung eine Kodierung des Super-SAPS erwarten ließen, bei einer hohen Anzahl intensivmedizinisch behandelter Patienten keine derartigen Prozedurenkodes verschlüsselt worden. Zudem stimmten stellenweise die Angaben in den Zusatzinformationen zu Aufenthalten auf der Intensivstation nicht mit der Kodierung überein. Zwar erreichten die kalkulatorischen Probleme nicht annähernd das Ausmaß des Vorjahres, dennoch bestand die Gefahr einer Fehlallokation zwischen einzelnen DRGs, wenn kostenintensive Fälle ohne Kodierung des „Super-SAPS“ den falschen, weniger aufwendigen DRGs zugeordnet worden wären.

Zur Vermeidung derartiger fehlerhafter Zuordnungen wurde daher erneut sowohl bei Kalkulations- als auch bei Nicht-Kalkulationskrankenhäusern eine ergänzende Abfrage durchgeführt. Dabei lag der Fokus auf Häusern, deren Super-SAPS-Quote geringer als 75% an allen Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung ausmachte und die obendrein folgende Voraussetzungen erfüllten:

- Maximal- bzw. Schwerpunktversorger oder Fachkliniken
- Mindestens 200 Betten im DRG-Entgeltbereich
- Mindestens 200 Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung

Diese um die Antworten ergänzte Datenbasis diente in der Folge als Grundlage für umfassende Analysen, die in diesem Jahr nicht nur in den per se intensivmedizinischen DRGs der Prä-MDC, sondern auch in diversen DRGs anderer MDCs durchgeführt wurden.

Die Prä-MDC ist durch ihre Position am Beginn des DRG-Algorithmus für die Abbildung von Extremkostenfällen prädisponiert. Hier finden sich einerseits hauptdiagnoseunabhängig angesteuerte Fallpauschalen für sehr kostenintensive Fälle, wie beispielsweise transplantierte oder langzeitbeatmete Patienten, andererseits werden an dieser Stelle auch Fälle in die hochbewerteten intensivmedizinischen DRGs der einzelnen MDCs umgeleitet.

Die Basis-DRG A05 *Herztransplantation* war bislang anhand der Bedingung „Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre“ gesplittet. Das Alter erwies sich anhand der Daten des Jahres 2014 jedoch nicht mehr als geeigneter Kostentrenner, wogegen aufwendig intensivmedizinisch behandelte Fälle mit deutlich höheren Kosten assoziiert waren. Demzufolge wurde die Splitbedingung der DRG A05A geändert und DRG-spezifische individuelle Grenzen für die intensivmedizinische Komplexbehandlung gemäß der Datenlage des Jahres 2014 eingeführt. Intensivmedizinisch behandelte Kinder sowie Fälle mit Super-SAPS wurden aufgewertet, die „normale“ intensivmedizinische Komplexbehandlung wirkt auch zukünftig in der Basis-DRG A05 nicht höhergruppierend (vgl. Abbildung 23).

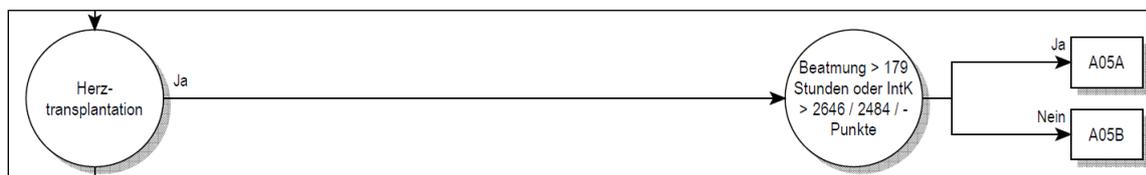


Abbildung 23: Änderung der Splitbedingung der DRG A05A im G-DRG-System 2016

Die Basis-DRG A06 vereint Fälle mit einer Beatmungsdauer ab 1.800 Stunden, die im G-DRG-System 2015 je nach Vorliegen weiterer Prozedurenkodes – u.a. auch für die verschiedenen Arten intensivmedizinischer Komplexbehandlung – in die DRGs A06A und A06B gruppiert wurden. Dabei vereinte die DRG A06B zwei heterogene Fallkollektive: einesteils Fälle mit komplexem operativen Eingriff oder Polytrauma und anderenteils langzeitbeatmete

Fälle ohne weitere komplizierende Faktoren. Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden nun sowohl alle bestehenden Definitionskriterien bezüglich ihres kostentrennenden Effekts untersucht als auch weitere, bislang innerhalb dieser Basis-DRG nicht verwendete Attribute auf mögliche Kostenunterschiede geprüft. Schlussendlich wurde die Schwelle für die intensivmedizinische Komplexbehandlung zum Erreichen der DRG A06A von 3.680 auf 5.520 Punkte erhöht. Die DRG A06B wurde zudem entsprechend den Kosten in zwei DRGs differenziert, was eine hochspezifische Abbildung dieser Extremkostenfälle zur Folge hat.

Ein weiterer Umbau innerhalb der Prä-MDC betraf eine weitere sogenannte Beatmungs-DRG. Die Basis-DRG A09 *Beatmung > 499 Stunden* war bereits im Vorjahr sechsfach differenziert. All diese verwendeten Attribute – neben der intensivmedizinischen Komplexbehandlung wurden beispielsweise auch das Alter, bestimmte Diagnosen oder komplexe Eingriffe zur Gruppierung verwendet – wurden auf ihre Eignung als Kostentrenner untersucht. Aus diesen Analysen der Kalkulationsdaten des Jahres 2014 resultierte ein mehrstufiger Umbau: In der Bedingung der DRG A09D wurden die Grenzen für die intensivmedizinische Komplexbehandlung erhöht, die Definition der DRG A09E um eine individuelle Kombination von SAPS-Prozeduren erweitert. Eine in dieser DRG verwendete Hauptdiagnostabelle wurde um weniger komplexe Erkrankungen – wie z.B. *Bronchopneumie, nicht näher bezeichnet* oder *Prellung der Leber* bereinigt. Fälle mit einer komplexen Nebendiagnose, beispielsweise *Zustand nach Organtransplantation* oder *Darminfektion durch enterohämorrhagische Escherichia coli* verbleiben dagegen in der DRG A09E und werden de facto aufgewertet (siehe Abbildung 24).

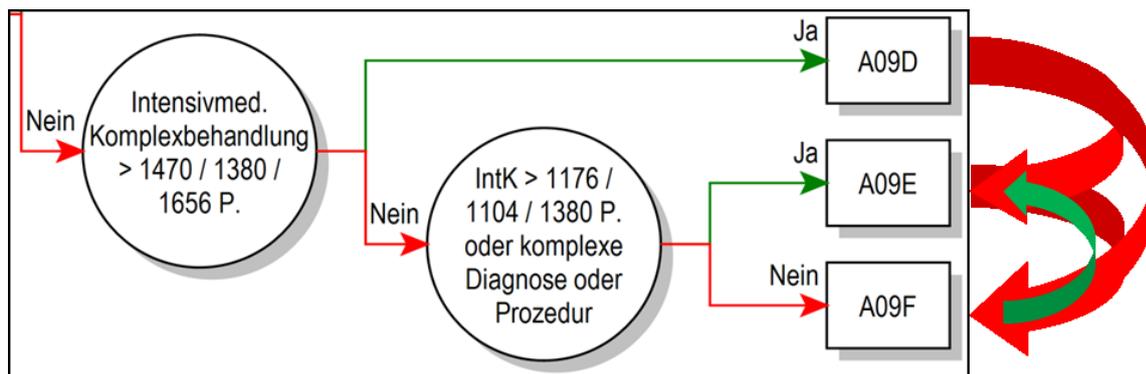


Abbildung 24: Komplexer Umbau der Basis-DRG A09 im G-DRG-System 2016

Neben weiteren Änderungen der Abbildung intensivmedizinisch behandelter Patienten in der Prä-MDC – zu nennen wären hier die Basis-DRG A07 *Beatmung > 999 Stunden* und die Basis-DRGs A04 und A15 für Knochenmarktransplantation bzw. Stammzelltransfusion – erstreckten sich die Analysen über weite Teile des G-DRG-Systems. Unter den Fällen mit peripheren Gefäßkrankheiten fanden sich innerhalb der gleichnamigen Basis-DRG Fälle, bei denen bereits vergleichsweise niedrige SAPS-Werte mit deutlich höheren Kosten assoziiert waren, sodass die entsprechenden Prozeduren in die Definition der DRG F65A *Periphere Gefäßkrankheiten [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte* aufgenommen wurden. Diese Punktwerte muten zwar im Vergleich mit den oben genannten Beispielen relativ gering an, stehen aber immerhin für eine aufwendige Behandlung von mindestens drei Tagen auf einer Intensivstation.

Die Prozeduren für intensivmedizinische Komplexbehandlung sind ein wichtiges Merkmal zur Identifizierung von Extremkostenfällen, da die an die Verschlüsselung geknüpften Bedingungen einen hohen Standardisierungsgrad aufweisen. Die umfangreichen Analysen führten insgesamt dazu, dass bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2016 diese Prozeduren an 23 Stellen im Algorithmus neu eingeführt wurden und nun in insgesamt 37 ver-

schiedenen Basis-DRGs – verteilt auf 12 Hauptdiagnosegruppen – Anwendung finden (siehe Tabelle 6).

MDC	Betroffene Basis-DRGs
Prä-MDC	8
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	4
MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	2
MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	6
MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	7
MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	1
MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2
MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	1
MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	1
MDC 18B Infektiöse und parasitäre Krankheiten	2
MDC 21A Polytrauma	1
MDC 22 Verbrennungen	1
Fehler-DRGs und sonstige DRGs	1

Tabelle 6: Verwendung der Prozeduren für die intensivmedizinische Komplexbehandlung auf MDC-Basis

Die Auswirkungen der verbesserten Abbildung von Extremkostenfällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im G-DRG-System 2016 auf die Kostendeckung der Fälle sind in Kapitel 3.4.8 dargestellt.

3.3.4 Multiresistente Erreger

Die OPS-Kodes für die *Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* existieren bereits seit zehn Jahren. Sie sind einerseits danach differenziert, ob die Behandlung auf einer speziellen Isoliereinheit stattgefunden hat, andererseits nach der Behandlungsdauer. Diese Prozeduren waren bislang – ab einer Behandlungsdauer von 7 Tagen – in sieben MDCs (04, 05, 06, 09, 10, 11 und 18b) gruppierungsrelevant, wobei zwischen der Behandlung auf spezieller Isoliereinheit und der Behandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit kein Unterschied gemacht wurde. Beide Kriterien wurden im Rahmen der diesjährigen Kalkulation umfassend analysiert. Insgesamt fand sich eine hohe Fallzahl, neben den spezifischen o.g. MDCs vor allem in der Prä-MDC und den MDCs 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, 07 [...] *an hepatobiliärem System und Pankreas*, 08 [...] *an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und 17 *Hämatologische und solide Neubildungen*. Dabei wiesen die Fälle sehr uneinheitliche Kosten auf, sowohl im Vergleich zu Fällen ohne MRE-Komplexbehandlung als auch zwischen Fällen mit Komplexbehandlung „auf spezieller Isoliereinheit“ und „nicht auf spezieller Isoliereinheit“.

Bei deutlich höheren (Tages-)Kosten konnten drei neue, spezifische DRGs für die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern geschaffen werden:

- B74Z *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
- H77Z [...] *an hepatobiliärem System und Pankreas*
- I87Z [...] *an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*

Innerhalb dreier weiterer Basis-DRGs wird die MRE-Komplexbehandlung zukünftig als aufwertendes Splitkriterium verwendet:

- A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene*
- R60 *Akute myeloische Leukämie*
- R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*

Eine generelle Mindestdauer der gruppierungsrelevanten MRE-Komplexbehandlung existiert nicht mehr, dagegen wurden in den DRGs B74Z und G77Z Fälle mit Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit gegenüber der Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit bessergestellt.

3.3.5 Weitere klassifikatorische Umbauten

Die Bereiche PCCL und Intensivmedizin waren schon allein aufgrund der Menge der vorgenommenen Umbauten sowie der reinen Kosten der Fälle die dominierenden Themen der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems für 2016. Darüber hinaus wurden aber an zahlreichen Stellen des Algorithmus umfassende Modifikationen vorgenommen. Diese erstreckten sich nahezu über alle Bereiche des G-DRG-Systems. Diese Umbauten sind zunächst tabellarisch dargestellt (vgl. Tabelle 7), in der Folge wird aber auf ausgewählte Beispiele detaillierter eingegangen.

MDC	MDC Text	Beispielhafte Umbauten im Bereich Extremkosten
Prä	Prä-MDC	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Schwerste CC • Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Schwerste CC • Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] • Implantation hochaufwendiger Prothesen
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Schwerste CC • Pneumonie durch Pseudomonas
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Schwerste CC • Bestimmte Implantation eines Zwei-Kammer-Defibrillators • Zweifacheingriff und Aortenklappenersatz durch ballonexpandierendes Xenotransplantat
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Perorale endoskopische Ösophagomyotomie
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] • Bestimmte aufwendige ERCP
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] • Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation einer extrakorporal expandierbaren Stange • Prothesenimplantation bei voroperiertem Hüftgelenk (z.B. nach Marknagel)
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	<ul style="list-style-type: none"> • Beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma mit freiem Haut-/Muskeltransplantat bzw. freiem lipokutanem Transplantat mit mikrovaskulärer Anastomose • Kinder mit Epidermolysis bullosa
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Mehr als 10 Bestrahlungen
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Partielle und totale Vulvektomie
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	<ul style="list-style-type: none"> • Tamponade von Uterus und Vagina mit Einführung eines Tamponade-Ballons
17	Hämatologische und solide Neubildungen	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Schwerste CC • Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“
21A	Polytrauma	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“
22	Verbrennungen	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Schwerste CC

Tabelle 7: Weitere Umbauten im Bereich der Extremkosten

Krankheiten und Störungen des Nervensystems werden in der gleichnamigen **MDC 01** zusammengefasst. Einem externen Hinweis folgend wurden seltene Konstellationen untersucht, bei denen Patienten eine für ihre Hauptdiagnose eher untypische Prothese implantiert wird. Bislang war ein Fall mit einer bösartigen Neubildung von Gehirn oder Hirnhäuten, dem aufgrund von Knochenmetastasen eine hochteure Tumorendoprothese implantiert wurde, in der DRG B15Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen* abgebildet. Derartige Einzelfälle mit der Implantation hochaufwendiger Implantate werden zukünftig sachgerecht in der DRG B36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...] oder bestimmte hochaufwendige Implantate* vergütet.

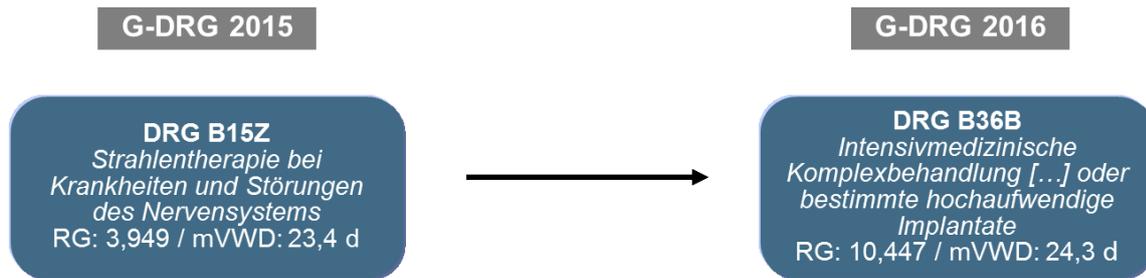


Abbildung 25: Abbildung von Einzelfällen mit Implantation teurer Prothesen bei „untypischer“ Hauptdiagnose

Die **MDC 04** vereint Fälle mit Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane. Analysen zeigten hier deutlich höhere Kosten von Fällen mit der Hauptdiagnose Pneumonie durch *Pseudomonas*, die letztlich innerhalb der Basis-DRG E77 *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane* aufgewertet wurden.

In der **MDC 05** finden sich viele hochaufwendige kardiothorakale Interventionen. Im Rahmen der diesjährigen Kalkulation wurden beispielsweise erneut Fälle mit Ersatz der Aortenklappe durch ein nahtfreies, selbstexpandierendes Xenotransplantat bzw. Ersatz der Aortenklappe durch ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten in Kombination mit einem weiteren Herzklappeneingriff oder einem koronarchirurgischen Eingriff innerhalb der Basis-DRG F03 untersucht, die bereits in den vergangenen zwei Jahren schrittweise aufgewertet wurden. Es zeigte sich, dass Fälle mit Ersatz durch *ballonexpandierendes Xenotransplantat mit Fixierungsnähten* bei Zweifacheingriff deutlich höhere Kosten aufwiesen und ab dem G-DRG-System 2016 der DRG F03A *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit [...] oder bestimmter Zweifacheingriff* zugeordnet werden. Auch konnten innerhalb der Basis-DRG F03 Fälle mit Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David durch Eingruppierung in die DRG F03E *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, [...] mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeborenem Herzfehler* aufgewertet werden. Fälle mit Ersatz durch *selbstexpandierendes Xenotransplantat, nahtfrei* waren dagegen bereits sachgerecht abgebildet.

Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane sind im G-DRG-System in der **MDC 06** abgebildet. Hier wurde beispielsweise die perorale endoskopische Ösophagomyotomie (POEM) – ein neues Therapieverfahren bei Achalasie – untersucht. Fälle mit dieser Prozedur wurden im G-DRG-System 2015 überwiegend in der DRG G47Z *Gastroskopie [...] ohne äußerst schwere oder schwere CC [...]* abgebildet. Die Analysen von Fällen mit diesem Eingriff konnten in den Daten des Jahres 2014 zwar nur an wenigen Fällen durchgeführt werden, die allerdings überdurchschnittliche Kosten aufwiesen. Somit wurden auch Hinweise der Fachgesellschaft bestätigt und für das Jahr 2016 die Fälle mit peroraler endoskopischer Ösophagomyotomie der DRG G46B *Komplexe therapeutische Gastroskopie [...]* zugeordnet und somit aufgewertet.

Die Abbildung von Fällen mit endoskopisch retrograder Cholangiopankreatikographie (ERCP) in der **MDC 07** – insbesondere innerhalb der Basis-DRG H41 – war erneut Thema umfangreicher Untersuchungen. Diese Basis-DRG war im G-DRG-System dreifach differenziert, beispielsweise wurden Fälle mit photodynamischer Therapie an den Gallengängen mit endoskopischer Stentimplantation in den Gallenwegen und einem PCCL > 3 in der DRG H41A, Fälle mit aufwendigen Stentimplantationen durch transhepatischen Zugang bei PCCL < 3 in der DRG H41B abgebildet. In umfangreichen Analysen kristallisierten sich allerdings verschiedene Konstellationen heraus, die sich auch aufgrund des relativ hohen Erlössprungs zwischen beiden Fallpauschalen kostenmäßig keiner der beiden DRGs zuordnen ließen. Letztendlich resultierte daraus ein komplexer Umbau der Basis-DRG H41, bei dem neben der Etablierung einer neuen DRG auch die verschiedenen Eingriffe zum Teil neu zugeordnet wurden (siehe Abbildung 26).

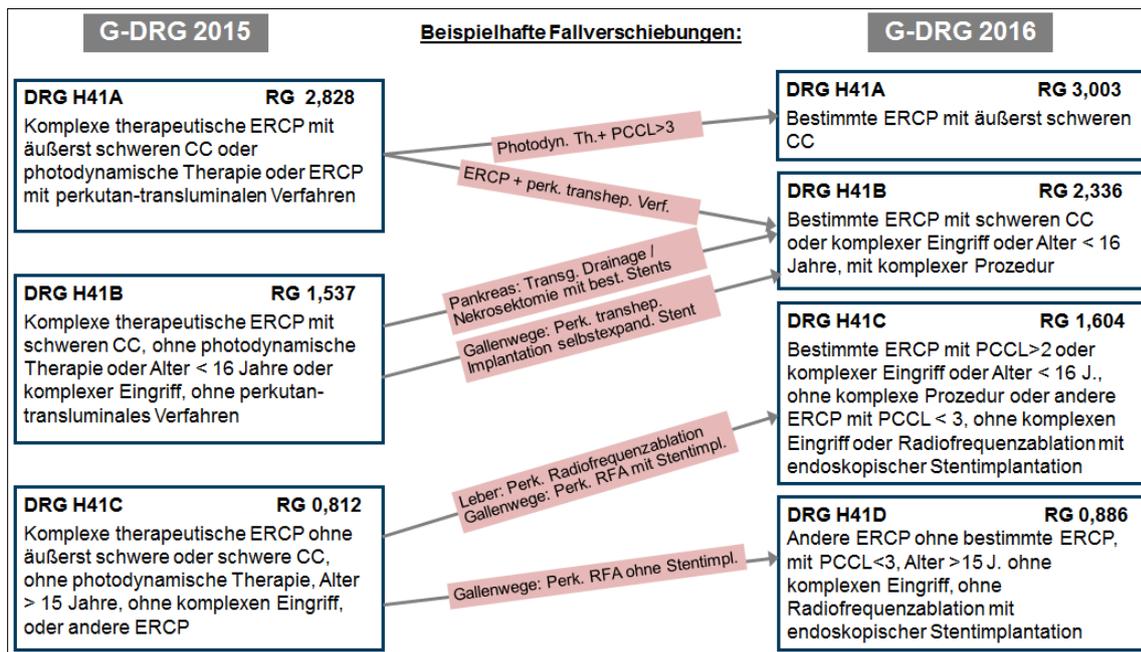


Abbildung 26: Umbau der Basis-DRG H41 ERCP

Die **MDC 08** enthält Fälle mit Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe. Diese Hauptdiagnosegruppe enthält – obwohl sie besonders gut differenziert ist – einige seltene Fallkonstellationen, die nicht ausreichend vergütet sind. So fand sich im Rahmen der diesjährigen routinemäßigen Untersuchung von NUB-Leistungen auf ihre Integrierbarkeit in das G-DRG-System, dass die Kosten für die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation einer extrakorporal expandierbaren Stange höher waren als andere Fälle in der entsprechenden DRG. Diese Leistung mit Implantation eines Implantats wird im G-DRG-System 2016 höher eingruppiert und in der DRG I09A *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese [...]* abgebildet. Der vergleichbare Eingriff mit zwei und mehr Implantaten war bereits im Vorjahr der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektoreingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff [...]* zugeordnet worden.

Im Bereich der Endoprothetik wurden u.a. Fälle mit dem Wechsel einer Endo-prothese bei periprothetischer Fraktur analysiert, da diese Angaben aus dem Vorschlagsverfahren zufolge in der Regel höhere Kosten verursachen würden als ein Endoprothesenwechsel ohne Fraktur. Diese Untersuchungen gestalteten sich insofern schwierig, als dass kein spezifischer Kode zur Verschlüsselung einer periprothetischen Fraktur zur Verfügung steht und die betroffenen Fälle in den gelieferten Daten somit nicht sicher identifiziert werden konnten. Fälle

mit Endoprothesenwechsel – somit auch bei periprothetischer Fraktur – waren für gewöhnlich bereits höher eingruppiert als ein Fall mit einer primären Endoprothesenimplantation und zeigten sich sachgerecht vergütet. Waren die Patienten jedoch am Femur voroperiert, wiesen die Fälle in Abhängigkeit von der Art der Voroperation höhere Kosten auf als andere Fälle der jeweiligen DRG. Die Entfernung einer dynamischen Kompressionsschraube, eines Marknagels mit Gelenkkomponente oder eines Verriegelungsnagels in Kombination mit bestimmten endoprothetischen Eingriffen wird im G-DRG-System 2016 in der DRG I47A *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne äußerst schwere CC [...]* abgebildet und damit aufgewertet.

Analysen innerhalb der **MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma** förderten erhebliche Kostenunterschiede zwischen Fällen mit ein- und beidseitigen, besonders aufwendigen Rekonstruktionsverfahren der Mamma zutage. Dieser Tatsache wird durch die Etablierung einer neuen DRG J12Z *Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma* Rechnung getragen, der diese komplexen Fälle nunmehr zugeordnet und dadurch deutlich aufgewertet werden.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurde um die Analyse von Fällen mit *Epidermolysis bullosa* gebeten. Tatsächlich zeigte sich in den Kalkulationsdaten des Jahres 2014, dass die von dieser genetisch bedingten Hautkrankheit betroffenen Kinder sowohl in der MDC 09 als auch in der MDC 15 höhere Kosten aufwiesen. Daher wurde zum einen der Split zur DRG J61A *Schwere Erkrankungen der Haut [...], Hautulkus bei Para-/Terapl. [...]* um die Bedingungen *Alter < 10 Jahre und Epidermolysis bullosa* erweitert, zum anderen die entsprechenden Diagnosen in die Funktionen „Schweres Problem“ bzw. „Mehrere schwere Probleme bei Neugeborenen“ aufgenommen und damit innerhalb der MDC 15 aufgewertet.

In vielen Hauptdiagnosegruppen sind die Strahlentherapie-DRGs anhand der Anzahl durchgeführter Bestrahlungen differenziert. In der **MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane** waren die entsprechenden Fälle dagegen bislang in der DRG L12Z *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag* zusammengefasst. Im G-DRG-System 2016 werden diese Fälle nach Split in die neuen DRGs L12A *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen* und L12B *Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen* differenzierter abgebildet.

Die Abbildung von Fällen mit einer Vulvektomie in der **MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane** war ebenfalls Inhalt umfangreicher Analysen. Problematisch war, dass die Prozeduren für die totale und die radikale Vulvektomie definitorisch nicht klar voneinander abgegrenzt sind und beide Verfahren in unterschiedliche DRGs führen. Während eine radikale Vulvektomie, bei der die Lymphadenektomie im Code enthalten ist, im G-DRG-System 2015 in die Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie* führt, werden Fälle mit einer der übrigen Prozeduren für Vulvektomie bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane in die Basis-DRG N02 *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung [...]*, ansonsten in die Basis-DRG N13 gruppiert. Bei zusätzlicher Kodierung einer bestimmten regionalen oder radikalen Lymphadenektomie führte diese Leistung auch bisher schon in die DRG N01E *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie [...]*. Im Rahmen eines komplexen Umbaus wurde – wo nach Analyse der Kosten möglich – eine Angleichung der Gruppierung vorgenommen: Vulvektomien in Kombination mit regionaler und radikaler Lymphadenektomie werden bei bösartiger Neubildung ab 2016 in die DRG N02B *Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien [...]* od. *Vulvektomie mit Lymphadenekt.* gruppiert und aufgewertet. Fälle mit partieller oder totaler Vulvektomie mit plastischer Rekonstruktion der Vulva werden nun in der DRG N23Z *Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation* abgebildet und ebenfalls

aufgewertet. Fälle mit mikrochirurgischer plastischer Rekonstruktion der Vulva werden schon der DRG N02B zugeordnet, auch wenn keine bösartige Neubildung vorliegt.

In der **MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett** stand die Abbildung von präpartalen Fällen mit langer Verweildauer, aber ohne Entbindung, bei denen in erster Linie die Vermeidung von Früh- oder Fehlgeburt im Vordergrund steht, im Mittelpunkt. Die Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme* beheimatet typischerweise diese konservativ behandelten Fälle. Die Abbildung dieser Fälle gestaltet sich u.a. deshalb schwierig, weil – abgesehen von der Verweildauer – keine spezifischen Leistungsbezeichner zur Detektion dieser Fälle zur Verfügung stehen. Die bereits genutzten Attribute – wie beispielsweise ein vorzeitiger Blasensprung, präpartale Blutungen oder eine Mehrlingsschwangerschaft – führen nicht zu einer besseren Vergütung von Langliegern.

DRG	Bezeichnung ⁵⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
				Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	Bewertungsrelation/Tag
1	3	4	6	7	8	9	10
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen	0,846	10,0	2	0,245	23	0,052
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen (SSW) oder mit schweren CC oder 26 bis 33 SSW	0,489	4,7	1	0,285	11	0,062
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Placenta praevia oder ohne schwere CC, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen	0,374	3,5	1	0,201	8	0,066

Abbildung 27: Abbildung von Fällen mit längerer Verweildauer in der Basis-DRG O65 im G-DRG-System 2015

In der DRG O65A verbesserte 2015 das Vorliegen von den Schweregrad steigernden Faktoren und eine Eingruppierung in die DRG O65A bei zunehmender Verweildauer die Vergütung von Langliegern nicht, da innerhalb der Basis-DRG O65 die DRGs ähnliche Tageskosten aufweisen. Daraus resultierte, dass das effektive Relativgewicht der Fälle in der DRG O65A bei Überschreiten der Oberen Grenzverweildauer geringer als in den anderen DRGs der Basis-DRG O65 ausfiel. Die in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung stehenden Attribute wurden für 2016 hinsichtlich ihrer Eignung als Kostentrenner untersucht. Dabei zeigte sich u.a., dass z.B. auch bei Diagnosen für die *Schwangerschaftsdauer* (O09.-) keine Unterschiede in den Tageskosten der Fälle bestehen. Daher hätte auch eine Aufwertung einzelner Kriterien, die Fälle mit langer präpartaler Verweildauer zur Vermeidung einer Früh-/Fehlgeburt kennzeichnen, in die DRG O65A zu keiner besseren Vergütung geführt.

Abhilfe für die G-DRG-Version 2016 konnte nur ein komplexer Umbau der Basis-DRG O65 schaffen. Nach umfangreichen Analysen wurde zwar die Definition der Basis-DRG unverändert belassen, jedoch die DRG O65C gestrichen. Weiterhin erwiesen sich für die DRG O65A folgende Splitkriterien als geeignet, um aus der oben beschriebenen Problematik herauszuführen:

- PCCL > 2 oder
- Diagnosen für eine schwere oder komplizierende Erkrankungen in der Schwangerschaft oder Mehrlingsschwangerschaft oder
- Prozeduren für bestimmte endoskopische Eingriffe oder Peritoneoskopie oder
- Verweildauer = 1 Tag

Mit dieser Lösung erzielten Fälle der DRG O65A im Jahr 2016 grundsätzlich ein höheres Relativgewicht als Fälle der DRG O65B, was sowohl für Normallieger (Inlier) als auch für Langlieger gilt.

DRG	Bezeichnung ⁶⁾	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer ¹⁾	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer	
				Erster Tag mit Abschlag ^{2), 5)}	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt ^{3), 5)}	Bewertungsrelation/Tag
1	3	4	6	7	8	9	10
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag	0,556	4,9	1	0,382	12	0,066
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag	0,421	4,0			10	0,064

Abbildung 28: Abbildung von Fällen mit längerer Verweildauer in der Basis-DRG O65 im G-DRG-System 2016

Ergänzend zu dem beschriebenen Umbau wurde in der Basis-DRG O65 eine umfassende Überprüfung der Bewertung von Diagnosen in der CCL-Matrix vorgenommen. Die daraus resultierenden Auf- und Abwertungen verbesserten die Vergütung von Fällen mit langer Verweildauer ab 2016 zusätzlich.

Nach Hinweis der Fachgesellschaft im Vorschlagsverfahren wurden Fälle mit *Tamponade von Uterus und Vagina mit Einführung eines Tamponade-Ballons* innerhalb der MDC in den Basis-DRGs O01 *Sectio caesarea [...]*, O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* und O60 *Vaginale Entbindung [...]* bei deutlich höheren Kosten aufgewertet.

3.3.6 Zusatzentgelte

Der gesetzlich vorgegebene Rahmen sieht die Möglichkeit vor, Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel zu etablieren. Mit der bestehenden, von den Selbstverwaltungspartnern konsentierten Methodik nutzt das InEK diese Möglichkeit, um Mehrkosten von sehr speziellen und kostenintensiven Leistungen einer separaten Vergütung zuzuführen, indem entsprechende Zusatzentgelte im Fallpauschalen-Katalog definiert und nach Möglichkeit mit einem Entgeltbetrag bewertet werden.

Potentielle Zusatzentgeltleistungen müssen gewisse Kriterien erfüllen, um als bewertetes oder krankenhausindividuell zu verhandelndes Entgelt in den Fallpauschalen-Katalog aufgenommen werden zu können. Sie müssen

- über mehrere DRGs streuen
- sporadisch, ohne feste Zuordnung zu DRGs auftreten
- inhaltlich exakt definierbar sein
- Kosten in relevanter Höhe aufweisen
- verschiedene Krankenhäuser in unterschiedlichem Ausmaß betreffen (Schieflage)

Die Zusatzentgelte werden in operative und interventionelle Verfahren, die Gabe von Blutprodukten oder Medikamenten sowie besondere Behandlungsformen unterteilt. Besondere Behandlungsformen in diesem Sinne sind *Palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60)*, *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen (ZE130)* und *von Kleinkindern oder Kindern und Jugendlichen (ZE131)*, *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE145)* (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung (ZE2016-26)*, *Versorgung von Schwerstbehinderten (ZE2016-36)* und *Naturheilkundliche Komplexbehandlung (ZE2016-40)* (jeweils unbewertete Zusatzentgelte).

Dabei blieb die Methodik zur Berechnung in den vergangenen Jahren unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen dienen als Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Alle Kostendatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die auf diese Leistungen entfallenden Kostenanteile korrigiert, um eine doppelte Vergütung über Fallpauschale und Zusatzentgelt auszuschließen. Tabelle 8 gibt Aufschluss über die Anzahl der mit einem Ver-

gütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte sowie der krankenhaushausindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelte in den Fallpauschalen-Katalogen für 2015 und 2016.

	G-DRG-System 2015	G-DRG-System 2016
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialy- sen und verwandte Verfahren)	37	36
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	56	59
Besondere Behandlungsformen	4	4
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialy- sen und verwandte Verfahren)	37	42
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	33	35
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	170	179

Tabelle 8: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2015 und 2016

Die neuen Zusatzentgelte im G-DRG-System 2016 sind durchweg im Extremkostenbereich angesiedelt. Das Zusatzentgelt für *Vagusnervstimulationssysteme* (ZE102) konnte auf Grundlage solider Fallzahlen und einer verbesserten Kodierung nach dem Kriterium mit/ohne Sondenimplantation weiter differenziert werden, ähnlich den bekannten bewerteten Zusatzentgelten für andere Neurostimulationssysteme: (vgl. Abbildung 29).

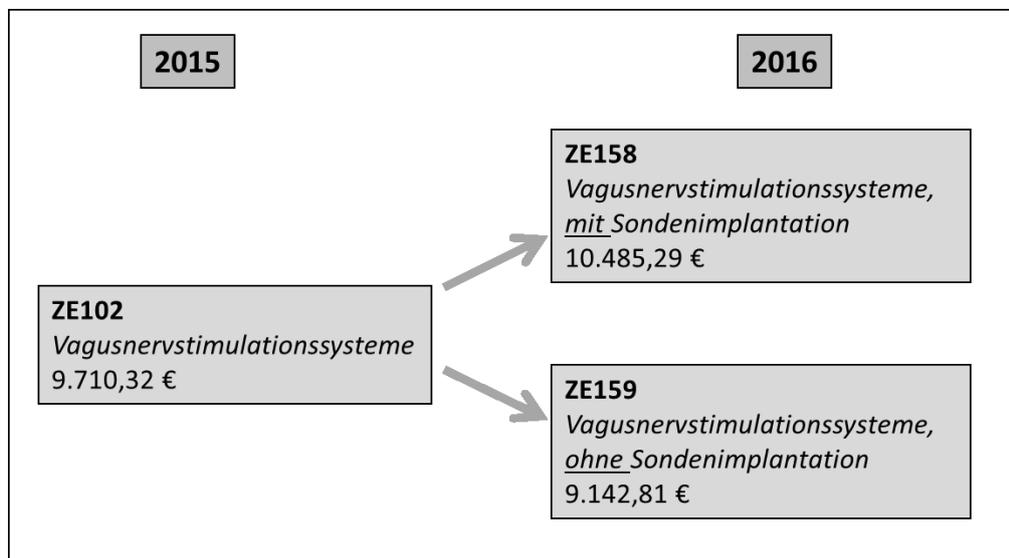


Abbildung 29: Differenzierung des Zusatzentgelts ZE102 (2015) im G-DRG-System 2016

Neben den bewerteten differenzierten Zusatzentgelten für Vagusnervstimulationssysteme wurden drei neue unbewertete Zusatzentgelte in den Fallpauschalen-Katalog 2016 aufgenommen: ZE2016-115 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Molekulargenetische Identifikation und Herstellung von patientenspezifischen Markern*, ZE2016-116 *Molekulares Monitoring der Resttumorlast [MRD]: Patientenspezifische molekulargenetische Quantifizierung* und ZE2016-117 *Chemosaturations-Therapie mittels perkutaner Leberperfusion*.

Der Fallpauschalen-Katalog wurde zudem um vier neue Zusatzentgelte für Medikamente erweitert. Das Zytostatikum *Nab-Paclitaxel* (ZE2016-111), das zur Behandlung von metastasiertem Brustkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs oder nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) eingesetzt wird, die Medikamente *Abirateronacetat* (ZE2016-112) und *Cabazitaxel* (ZE2016-113) für die Behandlung von metastasiertem Prostatakarzinom, sowie der Antikörper *Ipilimumab* (ZE2016-114) zur Behandlung bei fortgeschrittenem Melanom wurden als unbewertete Zusatzentgelte in die entsprechende Anlage aufgenommen. Obwohl diese Medikamente die Zusatzentgeltdefinition erfüllen, ließen die vorliegenden Daten eine Bewertung mit einem Entgeltbetrag noch nicht zu. Die Aufnahme in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte stellt eine sachgerechte Vergütung dieser sehr kostenintensiven Leistungen dennoch sicher.

Die Gabe von Thrombozyten- und Apherese-Thrombozytenkonzentraten ist (oberhalb einer Einstiegsschwelle) bereits seit dem Jahr 2005 ununterbrochen als bewertetes Zusatzentgelt im Fallpauschalen-Katalog aufgelistet. Im OPS Version 2014 wurden neue, spezifische OPS-Kodes für pathogeninaktivierte Konzentrate etabliert. Damit lagen bei der diesjährigen Weiterentwicklung erstmals reguläre Daten für die Gabe dieser nach Angaben im Vorschlagsverfahren deutlich teureren Konzentrate vor. Aufgrund einer geringen Anzahl betroffener Fälle und einer uneinheitlichen Datenlage war eine Kalkulation gesonderter Zusatzentgelte jedoch nicht möglich. Somit bleibt diese Leistung weiter unter den bestehenden Zusatzentgelten subsumiert.

Gerinnungsfaktoren haben im G-DRG-System einen Sonderstatus inne, da sich hier allein die Arzneimittelkosten pro Fall auf mehrere Hunderttausend Euro summieren können. Diese Beträge stellen das einzelne Krankenhaus vor hohe finanzielle Risiken, da nicht vorhersehbar ist, ob und in welcher Größenordnung derartige Patienten im jeweiligen Budgetjahr behandelt werden müssen.

Seit dem Jahr 2013 existieren bundeseinheitliche Definitionen für zwei verschiedene, durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definierte Zusatzentgelte für Blutgerinnungsstörungen. Für Fälle mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen kann das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* abgerechnet werden. Das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* deckt Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen ab. Für das intrabudgetäre Zusatzentgelt existiert für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Kosten ein Schwellenwert von 9.500 €, nach dessen Überschreiten der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren anfallende Kostenbetrag abrechenbar ist. Mit Etablierung dieser beiden Zusatzentgelte wurde die Finanzierung des finanziellen Risikos bei der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren einer bundeseinheitlichen Lösung zugeführt. Kostenausreißer aufgrund unterschiedlicher Regelungen in den einzelnen Bundesländern oder sogar ggf. zwischen verschiedenen Leistungserbringern zur Refinanzierung der Kosten bei der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren gehören damit im Wesentlichen der Vergangenheit an. Die Analyse der Erlössituation von Extremkostenfällen hat in diesem Jahr (wie auch bereits im Vorjahr) die herausragende Bedeutung der „Bluter-Zusatzentgelte“ für die sachgerechte Refinanzierung gerade vieler der allerteuersten Fälle unterstrichen.

Dementsprechend bezogen sich die Anregungen im Vorschlagsverfahren zum Thema Blutgerinnungsstörungen vor allem auf spezielle Konstellationen. So wurde als problematisch thematisiert, dass der ICD-10-GM für bestimmte Gerinnungsstörungen bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine zusätzliche Verschlüsselung bestimmter Codes aus dem Kapitel für Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen ausschließt. Somit konnte im G-DRG-System 2015 im Einzelfall für Schwangere bzw. Wöchnerinnen mit bestimmten Gerinnungsstörungen und einer Gabe von Gerinnungsfaktoren bei korrekter Kodierung keines der beiden genannten Zusatzentgelte abgerechnet werden. Über eine Regelung auf Ebene der ICD-10-GM (Streichung entsprechender Exklusiva) kann ab 2016 im Sinne einer Gleichbehandlung bei Gerinnungsstörungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochen-

bett nun zusätzlich auch ein Diagnosekode auf Anlage 7 angegeben werden und dementsprechend eine Abrechnung über die Zusatzentgelte ZE20xx-97 und -98 erfolgen.

Grundsätzlich stellen die in den Anlagen 2 und 4 bzw. 5 und 6 des Fallpauschalen-Katalogs abgebildeten Verfahren und Medikamente allesamt hoch spezialisierte und mitunter extrem teure Leistungen dar. Für diese Leistungen ist das Instrument des Zusatzentgelts die am besten geeignete Möglichkeit einer sachgerechten Abbildung im G-DRG-System.

3.3.7 Auswirkungen neuer oder veränderter Zusatzentgelte und NUB

Wie bereits dargestellt, kann die Analyse der Kostendeckung von Ausreißerfällen auf Grundlage der aktuellsten verfügbaren Daten und des aktuellsten verfügbaren Entgeltsystems zu einer im Einzelfall durchaus relevanten Überschätzung von Kostenunterdeckungen führen. Ursächlich dafür ist vor allem, dass Leistungen, für die Zusatzentgelte oder NUB in den Jahren 2015 oder 2016 neu etabliert wurden, erlösseitig noch keine Berücksichtigung finden, jedoch voll mit ihren Kosten in die Berechnung der Deckung eingehen. Im Einzelnen ist hier zu bedenken:

- Die Erlösbestandteile „Zusatzentgelte“ und „NUB-Entgelte“ werden auf Grundlage der Entgeltdatei der Fälle in die Extremkostenanalyse einbezogen, so dass die Entgelte des Jahres 2014 maßgeblich sind
- Die DRG-Erlöse werden hingegen anhand der Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2016 ermittelt.
- Einer ZE- oder NUB-Leistung zuzuordnende Einzelkosten werden bei den Kalkulationsfällen in Abzug gebracht („Bereinigung“).
- In die Ermittlung der Deckung gehen jedoch die unbereinigten Kosten der Fälle ein, da hier ZE/NUB über die entsprechenden Erlöse eingehen.
- Die DRG-Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2016 sind jedoch auf Grundlage der bereinigten Kalkulationsfälle berechnet, sodass die Kosten neu etablierter ZE/NUB-Leistungen dort bereits im Relativgewicht fehlen (im Abrechnungsjahr 2016 kommen stattdessen ja ergänzende Entgelte zur Anwendung).

Für die Berechnung der Kostendeckung nach der Methodik des Extremkostenberichts bedeutet das, dass daraus für Fälle mit neuen ZE oder NUB eine deutliche Überschätzung der Unterdeckung resultieren wird, da erlösseitig weder eine leistungsspezifische Vergütung über ZE/NUB noch eine „summarische“ Kompensation über anteilig durch diese Kosten erhöhte Relativgewichte Berücksichtigung finden. Diese Folge der gewählten Methodik ist nicht nur von theoretischer Bedeutung, sondern lässt sich an zahlreichen relevanten Leistungen darstellen.

So weisen die Kalkulationsdaten des Jahres 2014 bereits einige Fälle mit hochteuren neuen Medikamenten zur Behandlung einer Hepatitis C auf, für die 2014 noch keine Vergütungsmöglichkeit bestand. Somit werden die hohen Medikamentenkosten noch nicht von NUB- oder ZE-Erlösen aufgewogen und es können relevante Unterdeckungen entstehen. Für 2015 und insbesondere 2016 kann für diese Medikamente jedoch ein NUB-Entgelt vereinbart werden (Status 1), sodass die im Jahr 2014 erkennbare Unterdeckungsproblematik nicht mehr in gleicher Weise besteht.

Im letztjährigen Abschlussbericht wurde eine vergleichbare Problematik am Beispiel der Substanz *Defibrotide* erläutert (vgl. S. 59 „Besondere Konstellationen am Beispiel Defibrotide“). Dieses Medikament kommt zur Behandlung der sogenannten hepatischen veno-okklusiven Erkrankung (VOD), die nach autologer und allogener Stammzelltransplantation (seltener auch allein nach Chemotherapie) auftreten kann, zur Anwendung und kann Kosten in fünfstelliger Höhe verursachen. Im Datenjahr 2013 gab es zwar grundsätzlich eine Vergütungsmöglichkeit über NUB-Entgelte, die Vereinbarung eines entsprechenden Entgelts war

jedoch bei fehlender Zulassung der Substanz vor Ort nicht immer möglich. Zum Zeitpunkt der Erstellung des Extremkostenberichts zum DRG-System 2015 hatte sich die Vergütungssituation jedoch bereits erheblich verbessert, da zwischenzeitlich die Zulassung erfolgte. Dies fand jedoch aus den dargestellten methodischen Gründen keinen Eingang in die Berechnung der Deckung.

Festzuhalten ist folglich, dass Fälle mit Leistungen, für die neue Zusatzentgelte oder NUB etabliert wurden, in diesem Bericht noch zu relevanten Kostenunterdeckungen beitragen können, obwohl diesen Problemkonstellationen zwischenzeitlich bereits abgeholfen worden ist und die Vergütungsproblematik zum Zeitpunkt der Berichterstellung bereits nicht mehr besteht.

In ähnlicher Weise kann dies auch im Jahr 2014 bereits etablierte Entgelte mit deutlichen Kostenveränderungen betreffen, denn Erlösveränderungen der Zusatzentgelte zwischen 2014 und 2016 bleiben unberücksichtigt. Ist beispielsweise der Preis eines Medikaments zwischen 2012 und 2014 stark gestiegen, kann sich daraus eine relevante Unterdeckung ergeben, weil die ZE-Erlöse des Fallpauschalen-Katalogs 2014 (und damit der Entgeltdatei 2014) noch auf Basis von Eckkosten des Jahres 2012 kalkuliert sind. Hätte man die ZE-Erlöse auf Grundlage des Jahres 2016 ermittelt, wäre die Kostensteigerung bereits in die ZE-Erlöse eingeflossen. Die letztgenannte Vorgehensweise ist jedoch wenig praktikabel bis unmöglich (für unbewertete Zusatzentgelte oder NUB), es ist jedoch ggf. zu bedenken, dass einigen unterdeckten Fällen auf diese Weise zum jetzigen Zeitpunkt bereits abgeholfen sein könnte, obwohl dies in der Extremkostenanalyse so noch nicht erkennbar ist.

Darüber hinaus ist offensichtlich, dass die Analysen zum Extremkostenbericht auf vielerlei Art das Problembewusstsein für mögliche Verbesserungen der DRG-Systematik, des Zusatzentgelt-Portfolios sowie des NUB-Verfahrens schärfen und somit positiv zur Weiterentwicklung beitragen. Ein Beispiel ist, dass sich (vgl. Kap. 3.4.4.3) bei der Analyse der DRGs für Leukämien und Lymphome gezeigt hat, dass ausgehend vom jetzigen Kenntnisstand die Etablierung eines Zusatzentgelts für die Gabe von Asparaginase angezeigt wäre.

Wie dargestellt, würde jedoch auch im Falle einer Etablierung dieses Zusatzentgelts zum 1. Januar 2017 – bei unveränderter Methodik des Berichts – vor allem in der Basis-DRG R63 auch im Extremkostenbericht des nächsten Jahres weiterhin eine (scheinbare) Unterdeckung der Kostenausreißer bestehen.

3.4 Analyse der Kostenausreißer

Die in Kapitel 2.1.2 ausführlich beschriebene Vorgehensweise zur Bestimmung der Verteilungsfunktionen und der damit korrespondierenden Grenzwerte für die Lower- und Upper-Kostenausreißer wurde im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems jedes Mal durchgeführt, wenn eine Korrekturlieferung von §-21-Datensätzen erfolgte, Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge herausgenommen oder Klassifikationsänderungen vorgenommen wurden. Die endgültige Datenmenge für die Erstellung des Extremkostenberichts ergab sich durch die Berücksichtigung sämtlicher Datenmengenänderungen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie der Rückmeldungen zu nachgefragten Kostenausreißern bis Oktober 2015. Nicht in der Analysemenge enthalten sind Kostenausreißer, für die das Krankenhaus auf Nachfrage einen Kalkulationsfehler identifiziert und an das InEK kommuniziert hatte oder für die in Einzelfällen eine Antwort des Krankenhauses bis Oktober 2015 (in Einzelfällen 17. Dezember 2015) nicht eingegangen und deren nachgefragte Auffälligkeit von schwerwiegender Bedeutung für die Analyse zum Extremkostenbericht war.

3.4.1 Übersicht über die Verteilungszuordnung

Nach Abschluss der Arbeiten zur Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 im August 2015 fand eine letztmalige Datenannahme zur Analyse am 17. Dezember 2015 statt, welche die nach August weiter eingegangenen Rückmeldungen der Krankenhäuser berücksichtigte und die Auswertungsgrundlage bzw. die „endgültige“ Datenmenge für den vorliegenden Extremkostenbericht darstellt.

Wie in Kapitel 2.1 ausführlich dargestellt, hat die Auswahl der Verteilungsfunktion eine erhebliche Bedeutung für die Bestimmung der Kostenausreißer. Insbesondere durch die unterschiedliche Schiefe der Verteilungsfunktionen ergeben sich andere Grenzwerte für die Lower- und Upper-Kostenausreißer und damit auch unterschiedliche Anteile an Lower- bzw. Upper-Kostenausreißern.

Abbildung 30 zeigt die Verteilungszuordnung gemäß dem kleinsten quadratischen Abstand für die bereinigten Kosten. Der überwiegende Teil der DRGs (614 von 1.170, entspricht 52%) wird am besten von einer Log-Normalverteilung beschrieben.

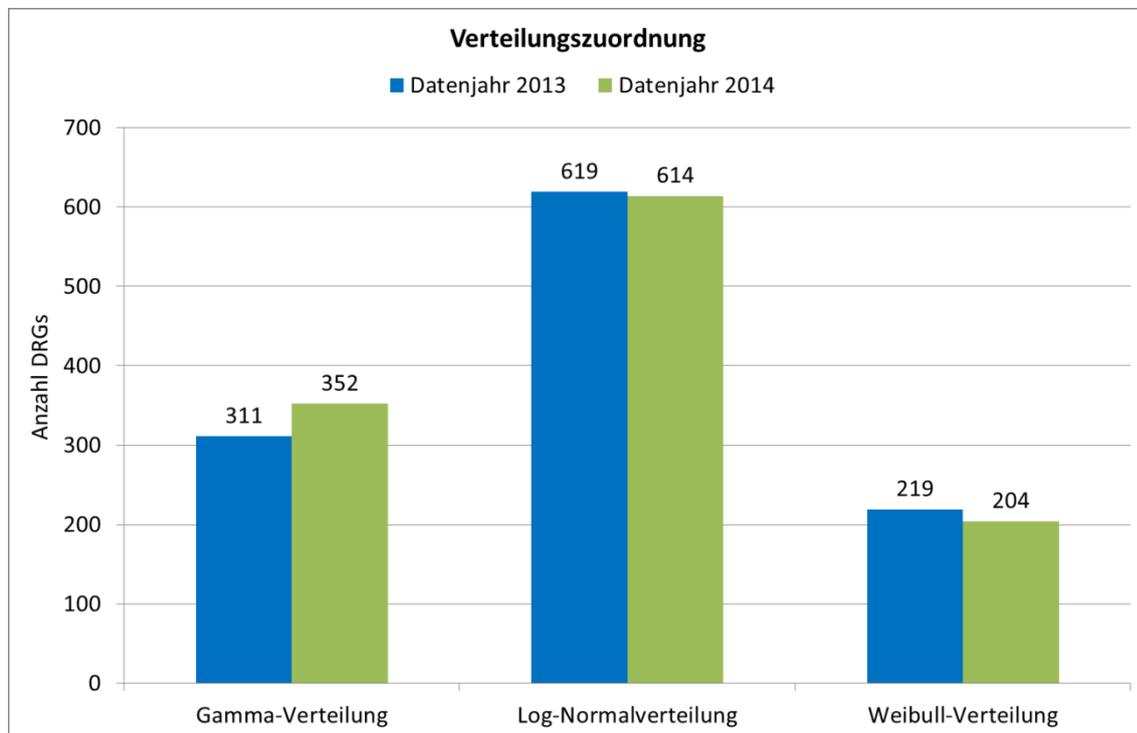


Abbildung 30: Verteilungszuordnung für die bereinigten Fallkosten, Anzahl DRGs, Datenjahre 2013, 2014

Der Anteil der Gamma-Verteilung ist mit 352 von 1.170 (entspricht 30%) höher als der Anteil der Weibull-Verteilung (entspricht 17%). Die Zuordnung der DRGs zu den drei Verteilungsfunktionen für die bereinigten Fallkosten für das Datenjahr 2014 entspricht der Verteilungszuordnung der DRGs im ersten Extremkostenbericht (Datenjahr 2013).

Die Betrachtung der Fallanteile für die verschiedenen statistischen Verteilungen der bereinigten Fallkosten zeigt im Vergleich der beiden Datenjahre 2013 und 2014 keine wesentlichen Unterschiede (vgl. Abb. 31).

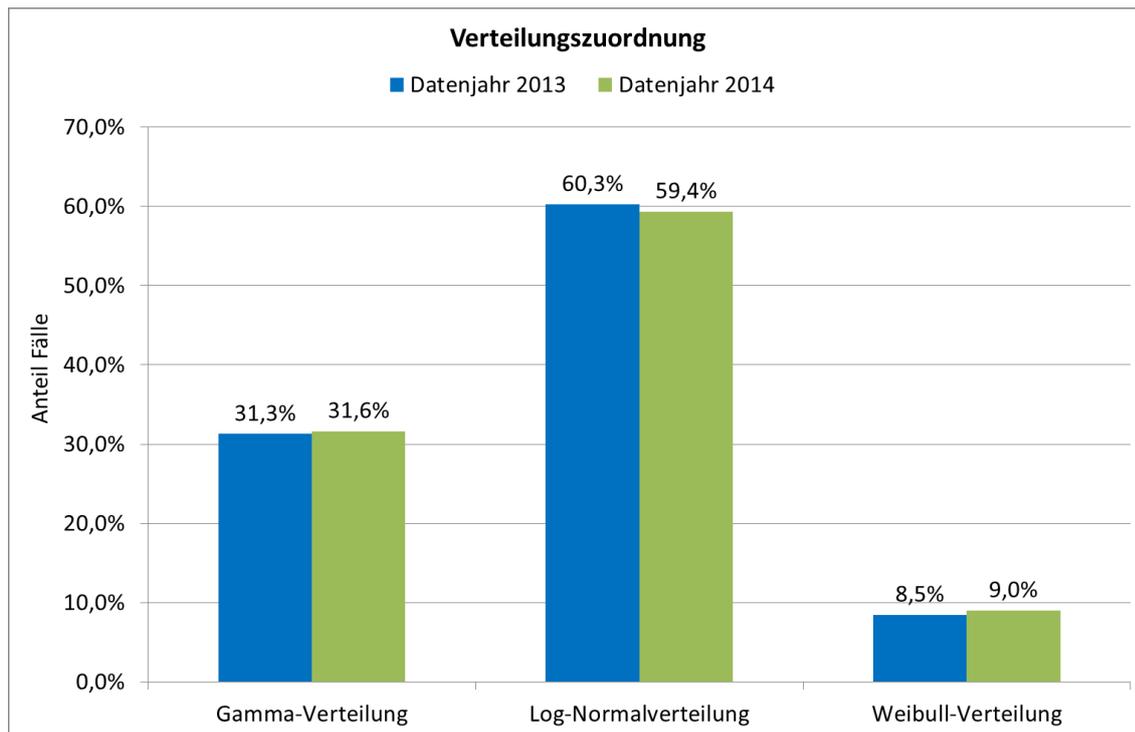


Abbildung 31: Verteilungszuordnung für die bereinigten Fallkosten, Fallanteile, Datenjahre 2013, 2014

3.4.2 Kategorisierung der Leistungen

Für die Analysen stehen 1.170 DRGs aus 241 Krankenhäusern zur Verfügung. Da der Extremkostenbericht mögliche Anhaltspunkte für die Beratungen in der Selbstverwaltung zur Verbesserung der Vergütungsgerechtigkeit liefern soll, ist eine zu feingliedrige Analyse auf Ebene einzelner DRGs oder Krankenhäuser nicht zielführend. Vielmehr ist eine thematische Schwerpunktsetzung zur Strukturierung der Ergebnisse und Erstellung differenzierter Analysen für den Extremkostenbericht hilfreicher. Die für den ersten Extremkostenbericht als Einstieg definierten Leistungsgruppen werden als Ausgangsbasis fortgeführt und durch weitere Betrachtungsebenen verfeinert. Dabei ist zu beachten, dass die dynamische Kategorisierung in den Datenjahren zu leicht unterschiedlichen Zusammensetzungen der Leistungsgruppen führen muss. Dies ergibt sich einerseits durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems durch Splits und Kondensationen von DRGs und andererseits durch Fallzahlverschiebungen in der Leistungserbringung zwischen den Datenjahren. Dennoch ergeben sich in den einzelnen Leistungsgruppen weitgehend stabile Kategorisierungen. Aus Sicht des Datenjahres 2014 werden rund 96% der Fälle identischen Leistungsgruppen zugeordnet. Weitere Details zu den dynamischen Zusammensetzungen innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen sind den jeweiligen Beschreibungen zu entnehmen.

3.4.2.1 Allgemeine Versorgungsleistungen

Die in dieser Leistungsgruppe analysierten DRGs zeichnen sich durch eine typischerweise allgemeine Versorgungssituation aus. Die mit den DRGs vergüteten Leistungen werden von zahlreichen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Die Auswahl der DRGs in der Leistungsgruppe **DRGAVL** beschränkt sich auf die 20 fallzahlstärksten DRGs sowie zusätzlich diejenigen DRGs, die in mindestens 80% der Krankenhäuser in Deutschland (auf Basis der §-21-Datenlieferungen) erbracht werden. In der Leistungsgruppe DRGAVL sind 46 der 1.170 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 46 DRGs repräsentieren in der Analysemenge einen Fallanteil von rund 32% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der

Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von rund 16%. Im Vergleich zum ersten Extremkostenbericht hat sich die Zusammensetzung der Leistungsgruppe DRGAVL leicht verändert. Die dynamische Definition der Leistungsgruppen führt dazu, dass nur 39 DRGs im Vergleich zum Vorjahr identisch sind. Im Datenjahr 2014 sind sieben DRGs zur Leistungsgruppe dazugekommen, acht DRGs aus dem Datenjahr 2013 sind nicht mehr in der Leistungsgruppe DRGAVL enthalten.

Der VUD hat dem InEK seine Definition von Leistungsgruppen freundlicherweise für die Analysen zum Extremkostenbericht zur Verfügung gestellt. Diese wurden auf die vom InEK verwendete G-DRG-Version übertragen. Korrespondierend mit der Leistungsgruppe DRGAVL kann die vom VUD definierte Leistungsgruppe **DRGRegelVUD** betrachtet werden. In der Leistungsgruppe DRGRegelVUD sind 727 DRGs (und damit 18 DRGs mehr als im Datenjahr 2013) enthalten. Diese 727 DRGs repräsentieren in der Analysemenge einen Fallanteil von 87,4% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 68,4%. Damit ist die Leistungsgruppe DRGAVL spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGRegelVUD. Im Vergleich zum ersten Extremkostenbericht hat sich die Zusammensetzung der Leistungsgruppe DRGRegelVUD leicht verändert. Die Definition der Leistungsgruppen führt dazu, dass nur 692 DRGs im Vergleich zum Vorjahr identisch sind. Im Datenjahr 2014 sind 35 DRGs zur Leistungsgruppe dazugekommen, 17 DRGs aus dem Datenjahr 2013 sind nicht mehr in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD enthalten.

3.4.2.2 Spezielle Versorgungsleistungen

Im Gegensatz zu den allgemeinen Versorgungsleistungen zeichnet sich die Leistungsgruppe der speziellen Versorgungsleistungen dadurch aus, dass die mit den DRGs vergüteten Leistungen typischerweise nur von wenigen Krankenhäusern erbracht werden und die Leistungserbringung gleichzeitig typischerweise mit Krankenhäusern der Maximalversorgung in Verbindung gebracht wird. Die Auswahl der DRGs in der Leistungsgruppe **DRGSVL** beschränkt sich auf DRGs mit einem hohen Anteil an Leistungserbringern der Universitätskliniken und der Maximalversorgung. Dazu wurden die DRGs ausgewählt, die sich durch einen nennenswerten Anteil an der Leistungserbringung bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle einer DRG durch die Universitätskliniken und Maximalversorger in Deutschland auszeichnen (mehr als ein Drittel der Fälle werden in Universitätskliniken und Maximalversorgern erbracht und mehr als ein Viertel der leistungserbringenden Krankenhäuser sind Universitätskliniken und Maximalversorger). In der Leistungsgruppe DRGSVL sind 178 der 1.170 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 178 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 3,3% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 9,0%. Im Vergleich zum ersten Extremkostenbericht hat sich die Zusammensetzung der Leistungsgruppe DRGSVL leicht verändert. Die dynamische Definition der Leistungsgruppen führt dazu, dass nur 162 DRGs im Vergleich zum Vorjahr identisch sind. Im Datenjahr 2014 sind 16 DRGs zur Leistungsgruppe dazugekommen, 16 DRGs aus dem Datenjahr 2013 sind nicht mehr in der Leistungsgruppe DRGSVL enthalten.

Korrespondierend mit der Leistungsgruppe DRGRegelVUD hat der VUD eine Leistungsgruppe für spezielle Versorgungsleistungen definiert. Die Leistungsgruppe **DRGMaxVUD** enthält 443 DRGs (440 DRGs im Datenjahr 2013). Diese 443 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 12,6% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 31,6%. Im Vergleich zum ersten Extremkostenbericht hat sich die Zusammensetzung der Leistungsgruppe DRGMaxVUD leicht verändert. Die dynamische Definition der Leistungsgruppen führt dazu, dass 431 DRGs im Vergleich zum Vorjahr identisch sind. Im Datenjahr 2014 sind zwölf DRGs zur Leistungsgruppe dazugekommen, neun DRGs aus dem Datenjahr 2013 sind nicht mehr in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD enthalten.

Damit ist die Leistungsgruppe DRGSVL spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGMaxVUD. Die Leistungsgruppen des VUD enthalten in Summe alle 1.170 analysierten DRGs, während die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL mit insgesamt 224 DRGs nur jeweils einen spezifischen Ausschnitt der 1.170 DRGs repräsentieren. Bei der Aufteilung in die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL sind 946 DRGs keiner der beiden Leistungsgruppen zugeordnet. Diese DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 64,7% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 74,9%.

Abbildung 32 zeigt die Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge in einer Übersicht. Die linke Säule zeigt dabei die Fallanteile der jeweiligen Leistungsgruppe und die rechte Säule den Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle.

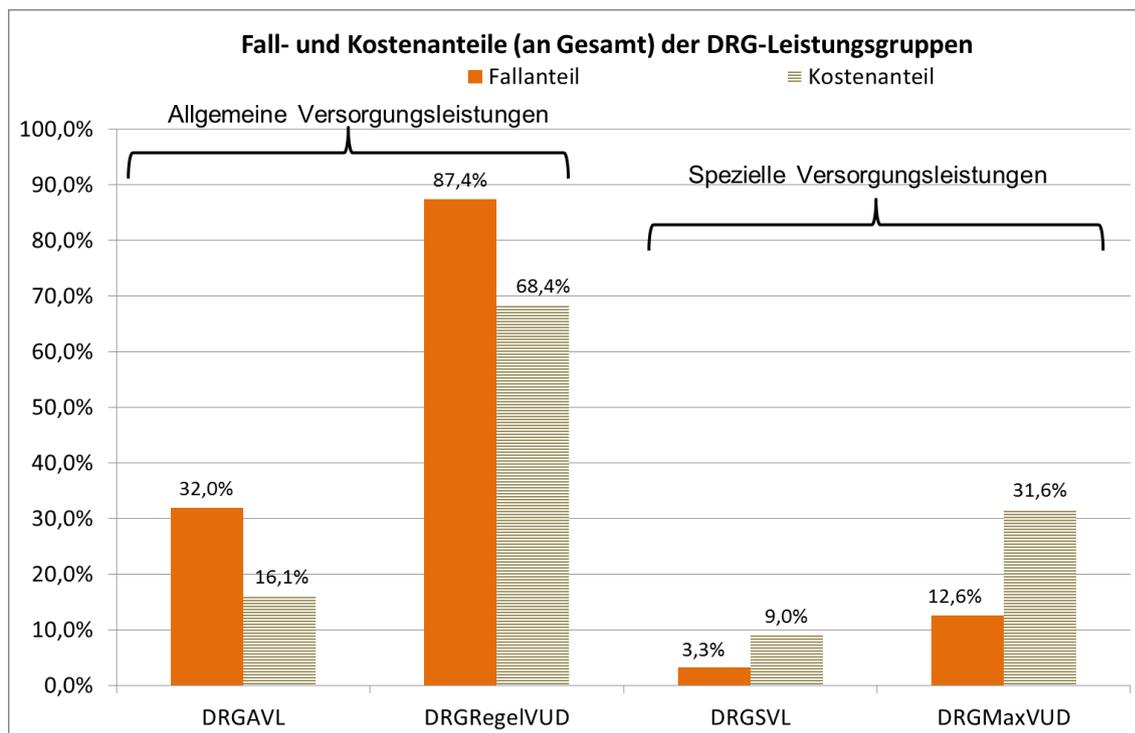


Abbildung 32: Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge, Datenjahr 2014

Die Fall- und Kostenanteile in den beiden Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung sind auch im Datenjahr 2014 höher als in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgung. Abbildung 32 zeigt, dass die Leistungsgruppe DRGAVL mit einem Fallanteil von 32,0% nur einen Kostenanteil von 16,1% an den bereinigten Kosten aufweist. Die Leistungsgruppe DRGSVL mit einem Fallanteil von 3,3% weist dagegen einen Kostenanteil in Höhe von 9,0% an den bereinigten Kosten auf. Die Erbringung von Leistungen in der Leistungsgruppe DRGSVL geht also mit überdurchschnittlichen und in der Leistungsgruppe DRGAVL mit unterdurchschnittlichen Kosten einher.

3.4.2.3 Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Zur vertiefenden Analyse wird die vorgestellte grundsätzliche Differenzierung in allgemeine und spezielle Versorgungsleistungen im Folgenden um einige gesondert zu betrachtende Leistungsgruppen erweitert. Die drei gewählten Leistungsgruppen wurden auf Basis der Themenfelder gebildet, die sich bereits bei der Erstellung des ersten Extremkostenberichts

als zentral für die Betrachtung der Kostenausreißer herauskristallisiert hatten. In diesen Leistungsgruppen werden DRGs nach ihren wesentlichen Inhalten wie im Folgenden skizziert zusammengefasst:

1. Intensivmedizinische Leistungen (**DRGIntensiv**)

Langzeitbeatmung der Prä-MDC, „Sammel-DRGs“ der intensivmedizinischen Komplexbehandlung in den MDCs, Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane bzw. des Kreislaufsystems

2. Onkologische Leistungen (**DRGOnko**)

DRGs der Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, Strahlentherapien und DRGs mit Schwerpunkt in der Behandlung bösartiger Neubildungen (Erwachsene und Kinder)

3. Kinderonkologische Leistungen (**DRGKinderOnko**)

DRGs mit Schwerpunkt onkologischer Leistungen von Kindern (explizite Kinder-DRGs aus Ziffer 2). Die Leistungsgruppe DRGKinderOnko mit expliziten Kinder-DRGs stellt eine Teilmenge der Leistungsgruppe DRGOnko dar.

Leistungsgruppe	Anzahl DRGs	Fallanteil
DRGIntensiv	57	1,4%
DRGOnko	215	9,3%
DRGKinderOnko	16	0,2%

Tabelle 9: Anzahl DRGs und Fallanteile der gesondert betrachteten Leistungsgruppen, Datenjahr 2014

Tabelle 9 zeigt die Anzahl der die gesondert betrachteten Leistungsgruppen definierenden DRGs und den jeweiligen Fallanteil der Fälle in diesen DRGs bezogen auf die Fallzahl in der Analysemenge insgesamt.

3.4.3 Kategorisierung der Leistungserbringer

Neben der Kategorisierung der Leistungen ist auch eine Klassifizierung der medizinischen Leistungserbringer sinnvoll. Damit können die Ergebnisse auf Gruppen von Krankenhäusern bezogen werden, ohne einen direkten Hausbezug in den Auswertungen vornehmen zu müssen. Damit wird dem Ziel des Extremkostenberichts Rechnung getragen, eine mögliche Basis für grundsätzliche Beratungen in den Gremien der Selbstverwaltungspartner zu bilden.

Die nach den Plausibilisierungen verbliebene Kalkulationsstichprobe zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Datenjahr 2014 bestand aus 241 Krankenhäusern, davon 14 Universitätskliniken. Angelehnt an die Datenbasis der bewährten und auch im Datenjahr 2014 bearbeiteten VUD-Extremkostendatenbank, in der die an der Kostenkalkulation beteiligten Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung Behandlungsfälle mit fallbezogenen zusätzlichen Informationen einspielen können (vgl. Kap. 1.1), wurden zu Analyse-zwecken die Universitätskliniken zusammen mit drei großen Krankenhäusern der Maximalversorgung in einer Krankenhausgruppe mit dem Titel **KHUniMax** kategorisiert, deren Ergebnisse dann im Vergleich zur Gesamtheit und/oder der Menge der verbliebenen Krankenhäuser (**KHAndere**) betrachtet wurden.

Die Anzahl der Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax blieb im Vergleich zum Vorjahr unverändert. Die Zusammensetzung hat sich allerdings dahingehend verändert, dass sich eine Universitätsklinik im Datenjahr 2014 nicht mehr an der Kostenerhebung beteiligte und dafür eine andere Universitätsklinik (wieder) Kostendatensätze geliefert hat. Die Krankenhausgruppe KHAndere umfasst im Datenjahr 2014 mit 224 Krankenhäusern sechs Häuser weniger als im Datenjahr 2013. Die Krankenhausgruppe KHAndere zeigt ebenfalls eine hohe

Stabilität in der Zusammensetzung. 211 Häuser dieser Krankenhausgruppe (94%) nahmen bereits im Vorjahr an der Kostenkalkulation teil. 13 Häuser sind erstmals in der Analysemenge zum Extremkostenbericht enthalten. Damit nahmen 19 Krankenhäuser, die im Datenjahr 2013 Bestandteil der Analysemenge waren, im Datenjahr 2014 nicht an der Kostenkalkulation teil (siehe auch Abbildung 39).

Mit einem Fallanteil von 27,1% an allen analysierten Fällen repräsentieren die KHUniMax-Krankenhäuser etwas mehr als ein Viertel der analysierten Fälle. Im Datenjahr 2013 lag dieser Anteil mit 26,9% auf identischem Niveau. Der Fallanteil für die Krankenhausgruppe KHAndere beträgt entsprechend 72,9% (im Vorjahr 73,1%). Der Anteil der bereinigten Kosten beträgt für die Krankenhausgruppe KHUniMax 34,6% (Vorjahr 34,4%) und für die Krankenhausgruppe KHAndere 65,4% (Vorjahr 65,6%). In Abbildung 33 ist die Aufteilung der Fälle innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe auf die Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere (jeweils Anteil an allen Fällen der Leistungsgruppe) für das Datenjahr 2014 dargestellt. Die Verteilung der Fallanteile auf die Krankenhaus- und Leistungsgruppen unterscheidet sich in den Datenjahren 2013 und 2014 nur marginal.

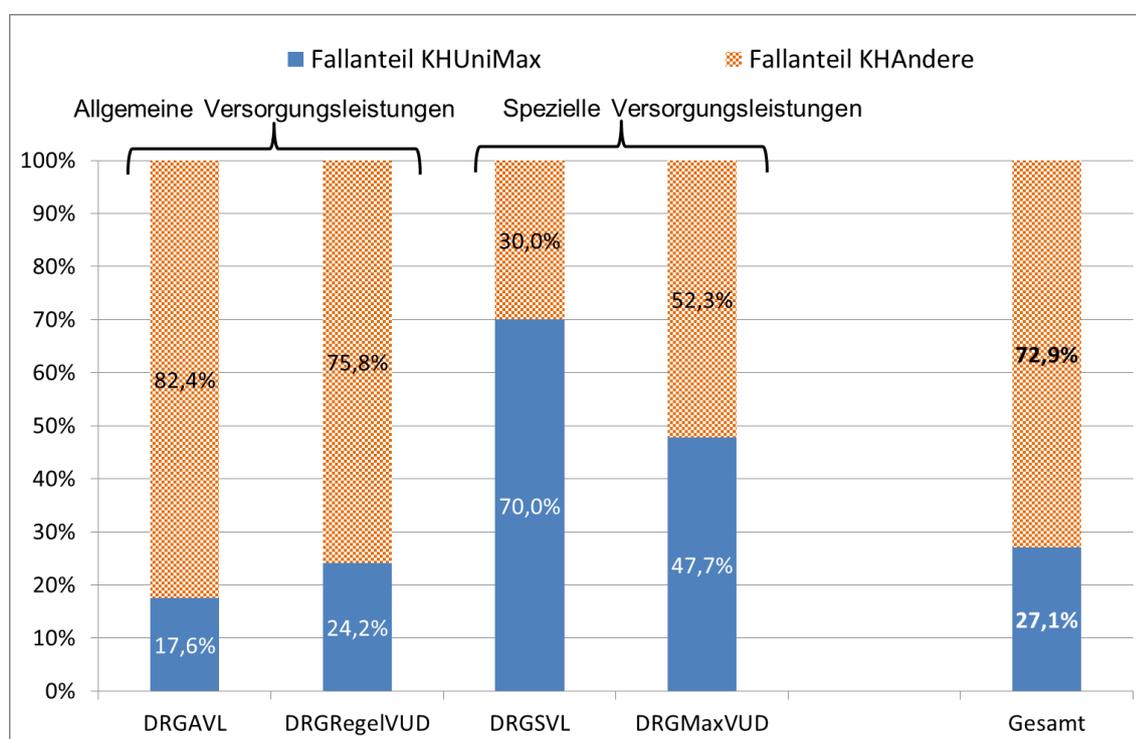


Abbildung 33: Fallanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen, Datenjahr 2014

Abbildung 33 kann entnommen werden, dass die Fallanteile für die KHUniMax-Häuser in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD – wie auch schon im Datenjahr 2013 – deutlicher als in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD ausgeprägt sind. Damit wird ersichtlich, dass die DRGs der nach spezifischer Leistungserbringung definierten Leistungsgruppen zu einem hohen Anteil von Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax erbracht werden. Insbesondere ist zu erkennen, dass die Leistungsgruppe DRGSVL die spezifischere Definition für Leistungen der Universitätskliniken und Maximalversorger darstellt. In Tabelle 10 sind die entsprechenden Kostenanteile für die bereinigten Kosten aufgeführt. Die Krankenhausgruppe KHUniMax mit 7,1% der analysierten Krankenhäuser stellt mit 27,2% der Fälle und 34,6% der Kosten unverändert ein Mehrfaches der Fälle und Kosten zur Verfügung, als im Durchschnitt zu erwarten wäre. Die Krankenhausgruppe KHUniMax ist in der Kalkulationsstichprobe damit überrepräsentiert. Diese Zahlen verdeutlichen auch die große Bedeutung dieser Krankenhausgruppe im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-

Systems. Die Aufteilung der Fallanteile der beiden Krankenhausgruppen in den Leistungsgruppen ist in den Datenjahren 2013 und 2014 nahezu identisch.

		Krankenhausgruppe	
		KHUniMax	KHAndere
Leistungs- gruppe	DRGAVL	17,9%	82,1%
	DRGRegelVUD	25,7%	74,3%
	DRGSVL	70,8%	29,2%
	DRGMaxVUD	53,7%	46,3%
	Alle Fälle	34,6%	65,4%

Tabelle 10: Kostenanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen, Datenjahr 2014

Die Krankenhausgruppe KHAndere zeigt in den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung den überwiegenden Anteil der bereinigten Kosten und ein Vielfaches des Anteils der bereinigten Kosten der Krankenhausgruppe KHUniMax. Für die Leistungsgruppen der speziellen Versorgung ergibt sich das umgekehrte Ergebnis: Hier zeigt die Krankenhausgruppe KHUniMax den größeren Anteil der bereinigten Kosten im Vergleich zur Gruppe KHAndere. Insbesondere für die Leistungsgruppe DRGSVL beträgt der Kostenanteil der bereinigten Kosten der Krankenhausgruppe KHUniMax ein Vielfaches des Kostenanteils der Gruppe KHAndere. Werden die durchschnittlichen bereinigten Kosten betrachtet, weisen die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax – wie bereits im Vorjahr – überdurchschnittliche und die Häuser in der Gruppe KHAndere unterdurchschnittliche bereinigte Kosten auf.

3.4.4 Ergebnisse

3.4.4.1 Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer

Nach der Verteilungszuordnung definieren sich aus den Kennwerten der entsprechenden Verteilung durch die Grenzwerte je DRG eindeutig die Kostenausreißer nach unten und nach oben.

Insgesamt werden 3,60% aller analysierten Fälle als Lower-Kostenausreißer (Vorjahr 3,62%) und 1,50% als Upper-Kostenausreißer (Vorjahr 1,56%) identifiziert. Die Differenzierung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern nach Krankenhausgruppen für das Datenjahr 2014 zeigt Tabelle 11.

Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	3,28%	2,40%
KHAndere	3,71%	1,17%
Alle Krankenhäuser	3,60%	1,50%

Tabelle 11: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer, Datenjahr 2014

Innerhalb der Krankenhausgruppen ergibt sich analog zum Vorjahr ein regelhaftes Bild hinsichtlich der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist stets größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. Der Anteil an Kostenausreißern insgesamt (Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax mit einem Wert von 5,68% größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere mit einem Anteil von 4,88%. Im Datenjahr 2013 lagen die Anteile mit 5,62% für die Krankenhausgruppe KHUniMax und 5,02% für die Krankenhausgruppe KHAndere in ähnlicher Größenordnung. Während der Anteil der Kostenausreißer insgesamt von

5,18% auf 5,10% gesunken ist, verschieben sich die Anteile der Kostenausreißer leicht. Der Anteil der Lower- und Upper-Kostenausreißer nimmt für die Krankenhausgruppe KHUniMax um 0,06 Prozentpunkte zu, während gleichzeitig der Fallanteil der Kostenausreißer für die Krankenhausgruppe KHAndere um 0,14 Prozentpunkte sinkt. Die Zunahme des Ausreißeranteils in der Krankenhausgruppe KHUniMax lässt sich im Wesentlichen auf den Anstieg der Lower-Kostenausreißer zurückführen (vgl. Tabelle 12).

Abbildung 34 bietet zunächst einen übergeordneten Blick auf die Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Analysegruppen. Gleichzeitig gibt sie Aufschluss über die Verteilung der Anteile der Kostenausreißerfälle auf die Leistungsgruppen in Verbindung mit den Krankenhausgruppen.

Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist – wie auch schon im Datenjahr 2013 – mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHUniMax stets größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. Bei der Leistungsgruppe DRGAVL ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax der Anteil an Upper-Kostenausreißern unverändert leicht größer als der Anteil an Lower-Kostenausreißern.

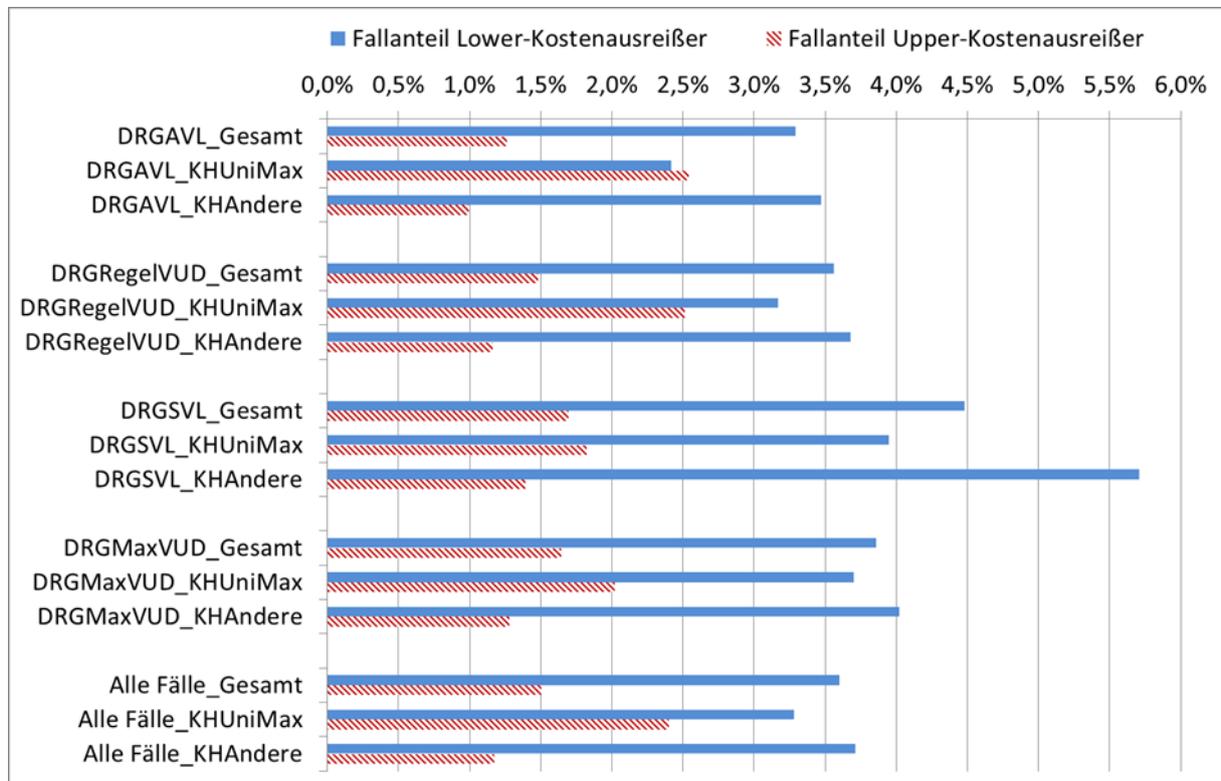


Abbildung 34: Fallanteile in den Analysegruppen, Datenjahr 2014

Eine Aufschlüsselung der Fallanteile in den jeweiligen Analysegruppen für die Datenjahre 2013 und 2014 im Vergleich zeigt Tabelle 12.

Fallanteile in %	Datenjahr 2014		Datenjahr 2013		Differenz (absolut)	
	Fallanteil Lower-Kosten-ausreißer	Fallanteil Upper-Kosten-ausreißer	Fallanteil Lower-Kosten-ausreißer	Fallanteil Upper-Kosten-ausreißer	Fallanteil Lower-Kosten-ausreißer	Fallanteil Upper-Kosten-ausreißer
Menge						
DRGAVL_Gesamt	3,29	1,26	3,54	1,34	-0,25	-0,08
DRGAVL_KHUniMax	2,42	2,54	2,57	2,65	-0,15	-0,11
DRGAVL_KHAndere	3,47	0,99	3,74	1,07	-0,27	-0,08
DRGRegelVUD_Gesamt	3,56	1,48	3,58	1,54	-0,02	-0,06
DRGRegelVUD_KHUniMax	3,17	2,51	2,89	2,62	0,28	-0,11
DRGRegelVUD_KHAndere	3,68	1,16	3,80	1,20	-0,12	-0,04
DRGSVL_Gesamt	4,48	1,69	4,14	1,88	0,34	-0,19
DRGSVL_KHUniMax	3,95	1,82	3,71	2,18	0,24	-0,36
DRGSVL_KHAndere	5,71	1,39	5,26	1,14	0,45	0,25
DRGMaxVUD_Gesamt	3,86	1,64	3,90	1,74	-0,04	-0,10
DRGMaxVUD_KHUniMax	3,70	2,02	3,75	2,28	-0,05	-0,26
DRGMaxVUD_KHAndere	4,02	1,28	4,05	1,24	-0,03	0,04
Alle Fälle_Gesamt	3,60	1,50	3,62	1,56	-0,02	-0,06
Alle Fälle_KHUniMax	3,28	2,40	3,07	2,55	0,21	-0,15
Alle Fälle_KHAndere	3,71	1,17	3,82	1,20	-0,11	-0,03

Tabelle 12: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den verschiedenen Krankenhaus- und Leistungsgruppen, Datenjahre 2013, 2014

Der geringste Anteil für Lower-Kostenausreißer findet sich im Datenjahr 2014 in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHUniMax (2,42%) – analog zum Datenjahr 2013 (2,57%). Der höchste Anteil Lower-Kostenausreißer im Datenjahr 2014 zeigt sich in der Leistungsgruppe DRGSVL für die Krankenhausgruppe KHAndere (5,71%) und für die Upper-Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHUniMax (2,54%). Im Datenjahr 2013 zeigte sich der höchste Anteil Lower- bzw. Upper-Kostenausreißer in identischen Leistungs-Krankenhausgruppenkonstellationen mit Werten von 5,26% (Lower) und 2,65% (Upper). Der geringste Anteil Upper-Kostenausreißer findet sich im Datenjahr 2014 in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHAndere (0,99%) – analog zum Datenjahr 2013 (1,07%). Nur für die Leistungsgruppe DRGAVL in der Krankenhausgruppe KHUniMax ist der Anteil Upper-Kostenausreißer höher als der Anteil Lower-Kostenausreißer. Diese Beobachtung gilt für beide Datenjahre. Im Vergleich zum Datenjahr 2013 nimmt der Anteil Upper-Kostenausreißer für die Leistungsgruppen der speziellen Versorgung (DRGSVL und DRGMaxVUD) in der Krankenhausgruppe KHAndere zu; in allen anderen Krankenhaus- und Leistungsgruppenkonstellationen nimmt der entsprechende Anteil ab. Der Anteil der Lower-Kostenausreißer nimmt für die Leistungsgruppe DRGSVL in allen Krankenhausgruppen zu. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax nimmt der Anteil der Lower-Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD sowie für alle Fälle ebenfalls zu. In allen übrigen Krankenhaus- und Leistungsgruppenkonstellationen nimmt der entsprechende Anteil ab.

Die bisherigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax zeichnen sich regelhaft durch den insgesamt etwas größeren Anteil an Kostenausreißern – im Vergleich zur Krankenhausgruppe KHAndere – aus.
2. Der Anteil an Upper-Kostenausreißern ist in der Krankenhausgruppe KHUniMax stets größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHAndere.

3. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist in der Krankenhausgruppe KHUniMax regelhaft kleiner als der Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHandere.
4. Mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL in der Krankenhausgruppe KHUniMax ist der Anteil an Lower-Kostenausreißern stets höher als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. In dieser Situation können die typischen Kostenüberdeckungen der Lower-Kostenausreißer die typischen Kostenunterdeckungen der Upper-Kostenausreißer nicht ausgleichen oder gar überkompensieren.

Beispielhaft zeigt Abbildung 35 die Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je DRG für die 46 DRGs der Leistungsgruppe DRGAVL (Sortierung absteigend nach dem Anteil an Upper-Kostenausreißern).

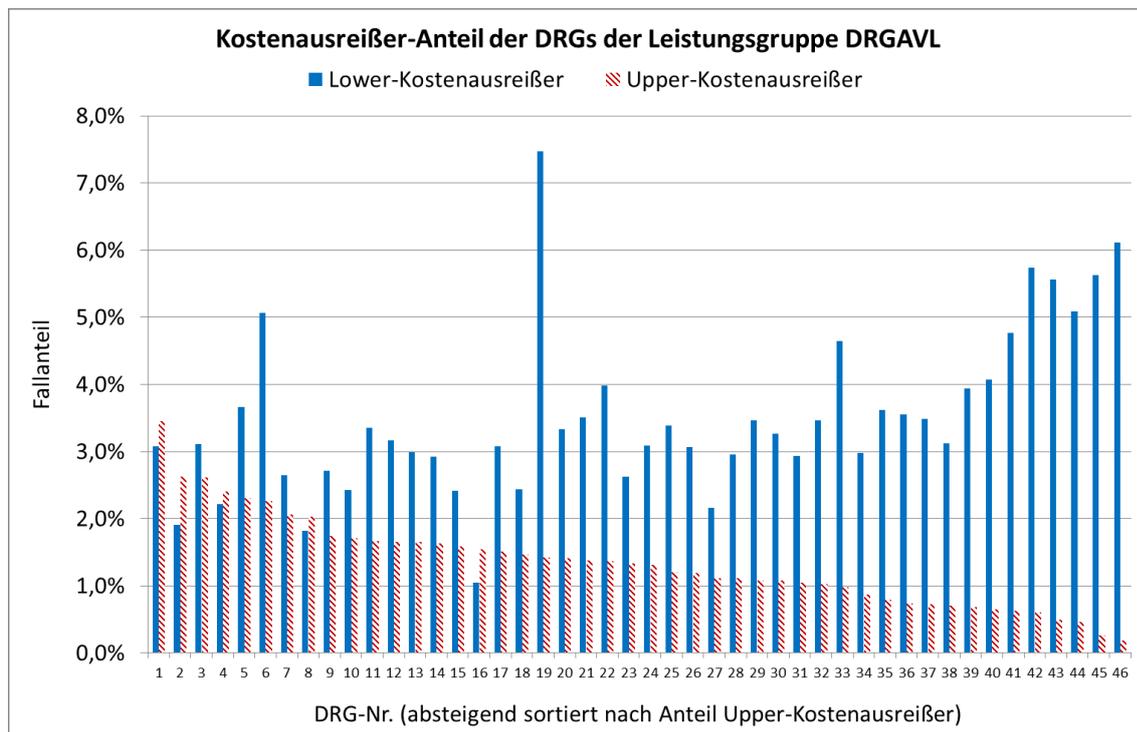


Abbildung 35: Fallanteile der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGAVL, Datenjahr 2014

Bei Betrachtung der Abbildung 35 ist zu beachten, dass die in den DRGs repräsentierten Fallzahlen bei der Erstellung der Abbildung keine Berücksichtigung fanden. Insofern dient diese Abbildung ausschließlich der Visualisierung, dass die Schiefe der Verteilung der bereinigten Kosten unterschiedlich ist. So zeigt DRG 2 einen höheren Anteil an Upper-Kostenausreißern und gleichzeitig einen geringeren Anteil an Lower-Kostenausreißern, während bei DRG 46 der Anteil an Lower-Kostenausreißern deutlich höher ist als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.

Der Anteil an Kostenausreißern wird sowohl durch die statistische Methodik als auch durch den Kalkulationsablauf und die Gruppierungslogik beeinflusst. Die verwendeten theoretischen Verteilungsfunktionen sind am unteren (linken) Rand extrem steil und liefern ggf. zahlreiche Lower-Kostenausreißer (vgl. dazu auch Kap. 2.1). Kostenausreißer nach oben sind auf Basis eines flacheren Kurvenverlaufs am oberen (rechten) Verteilungsrand ggf. in geringer Anzahl zu finden.

Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Die Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen differenziert nach den Krankenhausgruppen gibt Tabelle 13 wieder. Zur Erinnerung: Die Fallanteile in der Analysemenge insgesamt liegen bei 3,60% für die Lower-Kostenausreißer und bei 1,50% bei den Upper-Kostenausreißern (vgl. Tabelle 11). Über alle Krankenhäuser hinweg betrachtet ist der Fallanteil für die Lower-Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko am höchsten (5,58%) und für die Leistungsgruppe DRGIntensiv (3,55%) am geringsten. Bei den Upper-Kostenausreißern findet sich der höchste Fallanteil in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko (2,40%) und der geringste Fallanteil mit 1,19% in der Leistungsgruppe DRGOnko.

Krankenhausgruppe	DRGIntensiv		DRGOnko		DRGKinderOnko	
	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	3,26%	2,47%	4,02%	1,88%	4,58%	2,58%
KHAndere	3,72%	1,29%	4,63%	0,72%	8,30%	1,89%
alle Krankenhäuser	3,55%	1,74%	4,38%	1,19%	5,58%	2,40%

Tabelle 13: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer für die gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppen, Datenjahr 2014

Die Fallanteile für die Lower-Kostenausreißer sind in der Leistungsgruppe DRGIntensiv niedriger und in den beiden übrigen Leistungsgruppen höher als in der Analysemenge insgesamt. Bei den Upper-Kostenausreißern ist der Fallanteil in der Leistungsgruppe DRGOnko niedriger und in den übrigen Leistungsgruppen höher als in der Analysemenge insgesamt. Innerhalb der Leistungsgruppen ist folgende Regelmäßigkeit zu identifizieren: Für die Lower-Kostenausreißer ist stets der Fallanteil in der Krankenhausgruppe KHAndere größer als in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Für die Upper-Kostenausreißer ist der Fallanteil der atypischen Fälle in der Krankenhausgruppe KHUniMax stets größer als in der Krankenhausgruppe KHAndere. Für die Leistungsgruppen DRGIntensiv und DRGOnko ist der Fallanteil der Kostenausreißer insgesamt für die Krankenhausgruppe KHUniMax größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere. In der Leistungsgruppe DRGKinderOnko ist der Fallanteil der Kostenausreißer insgesamt in der Krankenhausgruppe KHAndere größer als für die Krankenhausgruppe KHUniMax.

Im folgenden Kapitel 3.4.4.2 wird untersucht, ob der Unterschied in den identifizierten Anteilen an Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere als signifikant bezeichnet werden kann. Ein signifikantes Ergebnis würde auf Basis der empirischen Daten darauf hindeuten, dass der beobachtete Unterschied zwischen KHUniMax-Häusern und den Häusern in der Krankenhausgruppe KHAndere nicht zufällig ist.

3.4.4.2 Analyse der Lower- und Upper-Fallanteile mit dem χ^2 -Test

Im Zwischenfazit zu Kapitel 3.4.4.1 wurde festgehalten, dass der Anteil an Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax größer ist als in der Krankenhausgruppe KHAndere. In einem weiteren Schritt wird auf DRG-Ebene mit Hilfe des (Vierfeldertafel-) χ^2 -Tests untersucht, ob sich die Fallanteile für die Lower- und Upper-Kostenausreißer zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere signifikant unterscheiden. Dabei wird ein Sicherheitsniveau von 5% angenommen. Damit soll den rein beschreibenden Ergebnissen aus Kapitel 3.4.4.1 eine statistische Untermauerung verliehen werden. Eine Illustration der grundsätzlichen Funktionsweise des Tests enthält Kapitel 3.4.4.2 im Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2015.

Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern in den Analysegruppen

Die gemäß χ^2 -Test für den Anteil an Lower- und Upper-Kostenausreißern einzeln untersuchten DRGs werden nun nach verschiedenen Kriterien zusammengefasst. In den folgenden Tabellen sind die zwei letzten Zeilen jeweils „davon“-Angaben der drittletzten Zeile.

Tabelle 14 (linker Block) zeigt, dass im Datenjahr 2014 innerhalb der untersuchten 1.170 DRGs der durchgeführte Test für 394 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere ausweist. Die 394 DRGs haben einen Anteil von 62,8% an allen analysierten Fällen. 302 dieser 394 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant kleineren Anteil an Lower-Kostenausreißern auf, 92 DRGs im Gegenzug dazu einen signifikant größeren Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 776 DRGs kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Lower-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden. Der mittlere Block enthält zum Vergleich die Ergebnisse des Tests für das Datenjahr 2013 und der rechte Block die jeweilige Differenz. Die Testergebnisse des Vorjahres werden damit im Datenjahr 2014 bestätigt.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2014			Datenjahr 2013			Differenz (absolut)		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.170	100,0%	3,60%	1.149	100,0%	3,62%	21	0,0%	-0,02%
DRGs mit Lower-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	776	37,2%	3,69%	746	35,3%	3,55%	30	1,9%	0,14%
DRGs mit Lower-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	394	62,8%	3,54%	403	64,7%	3,66%	-8	-1,9%	-0,12%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	302	49,2%	3,54%	315	52,3%	3,72%	-13	-3,1%	-0,18%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	92	13,7%	3,55%	88	12,5%	3,41%	4	1,2%	0,14%

Tabelle 14: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern, Datenjahre 2013 und 2014

Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern in den Analysegruppen

Tabelle 15 zeigt im linken Block die Ergebnisse für das Datenjahr 2014 für die Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern. Innerhalb der untersuchten 1.170 DRGs weist der durchgeführte Test für 472 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Upper-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere aus. Die 472 DRGs haben einen Anteil von 76,7% an allen analysierten Fällen. 444 dieser 472 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant größeren Anteil an Upper-Kostenausreißern auf, 28 DRGs im Gegenzug dazu einen signifikant kleineren Anteil an Upper-Kostenausreißern. Für 698 DRGs kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Upper-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden. Damit liegen die Ergebnisse für das Datenjahr 2014 auf dem Vorjahresniveau (vgl. mittlerer Block; Differenz zum Vorjahr im rechten Block).

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2014			Datenjahr 2013			Differenz (absolut)		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.170	100,0%	1,50%	1.149	100,0%	1,56%	21	0,0%	-0,06%
DRGs mit Upper-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	698	23,3%	1,58%	673	20,3%	1,66%	25	3,0%	-0,08%
DRGs mit Upper-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	472	76,7%	1,48%	476	79,7%	1,54%	-4	-3,0%	-0,06%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	28	2,5%	1,84%	27	2,7%	2,13%	1	-0,1%	-0,29%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	444	74,2%	1,47%	449	77,0%	1,52%	-5	-2,8%	-0,05%

Tabelle 15: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern, Datenjahre 2013 und 2014

Den obigen Tabellen kann entnommen werden, dass tendenziell fallzahlstarke DRGs Signifikanz aufweisen. Dabei ist ergänzend zu berücksichtigen, dass bei hohen Fallzahlen auch kleine Differenzen in den Anteilen an Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen durch das Testverfahren als signifikant erkannt werden können.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Die Ergebnisse des χ^2 -Test für die Lower- und Upper-Kostenausreißer des Datenjahres 2014 bestätigen im Großen und Ganzen die Ergebnisse des χ^2 -Tests des Datenjahres 2013. Die Anzahl der DRGs mit signifikant unterschiedlichem Anteil an Kostenausreißern geht leicht zurück (um neun DRGs bei Lower-Kostenausreißern und um vier DRGs bei Upper-Kostenausreißern).
2. Für die meisten DRGs konnte kein signifikanter Unterschied im Anteil an Lower- bzw. Upper-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere gemessen werden. Diese DRGs weisen jeweils die geringere Gesamtfallzahl an den insgesamt analysierten Fällen aus.
3. Die DRGs mit signifikantem Unterschied in den Anteilen an Lower- bzw. Upper-Kostenausreißern weisen jeweils die höhere Fallzahl an der Gesamtfallzahl aller analysierten Fälle aus.
4. Bei Vorliegen eines signifikanten Unterschieds geht dabei für die überwiegende Mehrheit der DRGs (und damit für die Majorität der Fallzahlen) für die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax die Differenz in Richtung eines signifikant größeren Anteils an Upper-Kostenausreißern und in Richtung eines signifikant kleineren Anteils an Lower-Kostenausreißern.

Vierfelderkoeffizient: Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern

Da der χ^2 -Test von der Fallzahl in den untersuchten DRGs abhängig ist, wurde für das Datenjahr 2014 ein alternatives Vorgehen zur Untersuchung der Lower- und Upper-Fallanteile in den Analysegruppen durch den sogenannten Vierfelderkorrelationskoeffizient (oder auch Vierfelderkoeffizient¹⁰ Φ) ergänzend durchgeführt. Dieser berücksichtigt die Anzahl der Be-

¹⁰ Zu den statistischen Angaben vgl. beispielsweise das entsprechende Kapitel in **Bortz, J. (1993):** Statistik für Sozialwissenschaftler, Springer.

obachtungen n (hier: die DRG-Fallzahl) und steht mit dem χ^2 -Wert in folgendem Zusammenhang: $\Phi^2 = \chi^2 / n$.

Der Vierfelderkoeffizient Φ ist also die Quadratwurzel aus der sogenannten mittleren quadratischen Kontingenz χ^2 / n . Der Koeffizient misst nicht nur die Ähnlichkeit der (bedingten) Verteilung der untersuchten Zufallsvariablen, sondern auch deren (Un-)Abhängigkeit. Wenn kein Zusammenhang zwischen den untersuchten Zufallsvariablen besteht (die Zufallsvariablen sind dann stochastisch unabhängig voneinander), nimmt der Vierfelderkoeffizient den Wert 0 („Null“) an. In allen anderen Fällen gilt: $\Phi > 0$. Dabei ist zu bedenken, dass sich in einer typischen Stichprobensituation auch bei Vorliegen von Unabhängigkeit der untersuchten Zufallsvariablen ein Vierfelderkoeffizient mit $\Phi > 0$ ergibt. Insofern sind Berechnungsergebnisse des Vierfelderkoeffizienten stets dahingehend einzuschätzen, ab welchem von null verschiedenen Wert auf eine Abhängigkeit der Zufallsvariablen geschlossen werden soll (Details dazu siehe in der angegebenen Literatur).

Die Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den **Lower-Anteil** wird in Tabelle 16 dargestellt.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2014		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.170	100,0%	3,60%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient bis unter 0,05	645	73,7%	3,42%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient von 0,05 bis unter 0,1	346	22,4%	3,90%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	250	15,7%	4,08%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	96	6,8%	3,48%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient größer als 0,1	179	3,8%	5,23%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	133	2,7%	4,66%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	46	1,2%	6,53%

Tabelle 16: Ergebnis der Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den Lower-Anteil, Datenjahr 2014

Innerhalb der untersuchten 1.170 DRGs zeigt der Vierfelderkoeffizient Φ für 645 DRGs mit einem Anteil von 73,7% an allen analysierten Fällen einen Wert kleiner als 0,05. Bei diesen DRGs kann davon ausgegangen werden, dass die Anteile für die Lower-Kostenausreißer in den beiden Krankenhausgruppen nicht signifikant voneinander verschieden sind. Für 346 DRGs liegt der Vierfelderkoeffizient Φ zwischen 0,05 und 0,1 und für 179 DRGs ist Φ größer als 0,1. In diesen beiden Fällen kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen der Lower-Kostenausreißer nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt sich auch für die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie bei der Analyse mit dem χ^2 -Test.

In den DRG-Gruppen mit einem Vierfelderkoeffizienten $\Phi \geq 0,05$ überwiegen die DRGs, bei denen der Lower-Anteil in der Krankenhausgruppe KHUniMax kleiner ist als in der Krankenhausgruppe KHAndere. Die Anzahl der DRGs mit tendenziell signifikantem Unterschied in den Anteilen an Lower-Kostenausreißern ist beim χ^2 -Test und der Analyse durch den Vierfelderkoeffizienten Φ in ähnlicher Größenordnung. Trotzdem können unterschiedliche DRGs in den beiden Untersuchungen als signifikant identifiziert worden sein. Der Zusammenhang

zwischen den Ergebnissen des χ^2 -Tests und dem Vierfelderkoeffizienten kann Tabelle 17 entnommen werden. Die zwei letzten Zeilen in der Tabelle sind jeweils „davon“-Angaben der drittletzten Zeile.

Ergebnis Chi ² -Analyse	Lower-Vierfelderkoeffizient			
	Anzahl DRGs			
	Gesamt	unter 0,05	0,05 bis u. 0,1	größer als 0,1
Analysierte DRGs gesamt	1.170	645	346	179
DRGs mit Lower-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	776	539	182	55
DRGs mit Lower-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	394	106	164	124
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	302	82	128	92
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	92	24	36	32

Tabelle 17: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern im Zusammenhang mit dem Vierfelderkoeffizienten, Datenjahr 2014

Ein signifikantes Ergebnis bei der χ^2 -Analyse muss nicht zwingend mit einem hohen Vierfelderkoeffizienten einhergehen, da der χ^2 -Test sensibel auf die Fallzahl der jeweils beobachteten DRG reagiert. Von den 394 DRGs, bei denen der χ^2 -Test einen signifikant unterschiedlichen Anteil von Lower-Kostenausreißern identifiziert, weisen 106 DRGs einen Vierfelderkoeffizienten $\Phi < 0,05$ und 288 DRGs einen Wert $\Phi > 0,05$ auf. Für diese Werte des Vierfelderkoeffizienten kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen der Lower-Kostenausreißer nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt sich auch für die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie bei der Analyse mit dem χ^2 -Test.

Die Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den **Upper-Anteil** wird in Tabelle 18 dargestellt.

Innerhalb der untersuchten 1.170 DRGs ergibt sich für 595 DRGs mit einem Anteil von 53% an allen analysierten Fällen ein Vierfelderkoeffizient Φ mit einem Wert kleiner als 0,05. Für 403 DRGs liegt der Vierfelderkoeffizient zwischen 0,05 und 0,1 und für 172 DRGs ist Φ größer als 0,1. In den 575 DRGs mit einem Wert $\Phi \geq 0,05$ überwiegen die DRGs, bei denen der Upper-Anteil in der Krankenhausgruppe KHUniMax größer ist als in der Krankenhausgruppe KHAndere (insgesamt 511 DRGs). Die Anzahl der DRGs mit tendenziell signifikantem Unterschied in den Anteilen an Upper-Kostenausreißern liegt beim χ^2 -Test und der Analyse durch den Vierfelderkoeffizienten Φ in einer ähnlichen Größenordnung. Trotzdem können unterschiedliche DRGs in den beiden Untersuchungen als signifikant identifiziert worden sein.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2014		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.170	100,0%	1,50%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient bis unter 0,05	595	53,0%	1,35%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient von 0,05 bis unter 0,1	403	41,0%	1,62%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	46	1,4%	2,50%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	357	39,6%	1,59%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient größer als 0,1	172	6,0%	2,12%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	18	0,1%	3,41%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	154	5,9%	2,09%

Tabelle 18: Ergebnis der Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den Upper-Anteil, Datenjahr 2014

Der Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des χ^2 -Tests und dem Vierfelderkoeffizienten kann Tabelle 19 entnommen werden. Die zwei letzten Zeilen in der Tabelle sind jeweils „davon“-Angaben der drittletzten Zeile.

Ergebnis χ^2 -Analyse	Upper-Vierfelderkoeffizient			
	Gesamt	unter 0,05	0,05 bis u. 0,1	größer als 0,1
Analysierte DRGs gesamt	1.170	595	403	172
DRGs mit Upper-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	698	504	149	45
DRGs mit Upper-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	472	91	254	127
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	28	5	15	8
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	444	86	239	119

Tabelle 19: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern im Zusammenhang mit dem Vierfelderkoeffizienten, Datenjahr 2014

Ein signifikantes Ergebnis bei der χ^2 -Analyse muss nicht zwingend mit einem hohen Vierfelderkoeffizienten einhergehen, da der χ^2 -Test sensibel auf die Fallzahl der jeweils beobachteten DRG reagiert. Von den 472 DRGs, bei denen der χ^2 -Test einen signifikant unterschiedlichen Anteil von Lower-Kostenausreißern identifiziert, weisen 91 DRGs einen Vierfelderkoeffizienten $\Phi < 0,05$ und 381 DRGs einen Wert $\Phi \geq 0,05$ auf. Für diese Werte des Vierfelder-

koeffizienten kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen der Upper-Kostenausreißer nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt sich auch für die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie bei der Analyse mit dem χ^2 -Test.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Qualitativ ist hinsichtlich der Signifikanzaussage kein Unterschied auf Basis des alternativen Konzepts des Vierfelderkoeffizienten \square im Vergleich zum χ^2 -Test zu erkennen.
2. Lediglich bei der konkreten Aussage zu signifikanten Anteilen in einzelnen DRGs lassen sich leichte Abweichungen zwischen den beiden alternativen Verfahren identifizieren, die jedoch die Gesamtaussage nicht in Abrede stellen.

3.4.4.3 Kostendeckung in den Analysegruppen

Kostenausreißer gehen nicht zwingend mit einer damit korrespondierenden Kostenunterdeckung bzw. -überdeckung einher. So kann aus der Tatsache des Vorliegens eines Lower-Kostenausreißers nicht darauf geschlossen werden, dass dieser Fall zwingend mit einer Kostenüberdeckung einhergeht. Umgekehrt geht aus der Tatsache des Vorliegens eines Upper-Kostenausreißers nicht zwingend hervor, dass der zugrunde liegende Fall eine Kostenunterdeckung aufweist. Auch Fälle mit der jeweils umgekehrten Situation (Lower-Kostenausreißer mit Kostenunterdeckung und Upper-Kostenausreißer mit Kostenüberdeckung) existieren.

Im Folgenden wird für die einzelnen oben vorgestellten Analysegruppen die Kostendeckung der Kostenausreißer analysiert. Dabei ist zu beachten, dass im Rahmen der Analysen zum Extremkostenbericht nicht die tatsächliche Kostendeckung im Sinne einer Deckungsbeitragsrechnung ermittelt werden kann. Insbesondere ist zu beachten, dass bei der Ermittlung der Kostendeckung die folgenden Aspekte zu gewissen Verzerrungen führen, die sich nicht beseitigen lassen:

1. Die Kostendaten stammen aus dem Datenjahr 2014. Die endgültige Analyse der Kostenausreißer basiert aber auf einer Gruppierung der Behandlungsfälle in das G-DRG-System 2016.
2. Als Erlöse stehen den Kosten die Einnahmen aus Zusatzentgelten und NUB-Entgelten aus dem Datenjahr 2014 gegenüber. Zur Bewertung der DRGs wurden die effektiven Bewertungsrelationen mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert aus dem Jahr 2014 multipliziert. In den Jahren 2015 und 2016 neu geschaffene Zusatzentgelte und NUB-Entgelte gehen damit nicht in die Analyse ein.
3. Krankenhäuser in der Trägerschaft der Unfallversicherungen (BG-Kliniken) wurden für das Datenjahr 2014 erstmals gebeten, die Kalkulationsdaten für alle Fälle zu liefern (d.h. auch für die Fälle, bei denen die Unfallversicherungen die Kosten tragen). Dieser Bitte sind die BG-Kliniken auf Anraten des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) nicht nachgekommen. Für die Kalkulation wurden nur die Fälle und Kosten aus dem DRG-Entgeltbereich übermittelt, für welche die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten getragen haben. Damit ist eine Einschätzung der Plausibilität der Gesamtdaten der BG-Kliniken im Rahmen einer Kosten-Erlös-Betrachtung schwierig, da für einen nennenswerten Anteil der Behandlungsfälle der BG-Kliniken keine Daten vorliegen. Trotz der Unsicherheit hinsichtlich der Plausibilität der Gesamtdaten wurden die BG-Kliniken in der Analysemenge belassen. Die Validität der Kostendeckung der dem DRG-Entgeltbereich unterliegenden Fälle der BG-Kliniken ist allerdings mit erheblichen Einschränkungen zu versehen.

4. Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erfolgen abstrahierend vom Einzelfall hinsichtlich der Kongruenz zwischen Kosten- und Leistungsdaten zum Zweck der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems.
5. Die Plausibilitätsprüfungen auf das Vorliegen von mindestens zu erwartenden Kosten sind besser zu operationalisieren und im Miteinander zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern seit Jahren gut etabliert. Entsprechend verbleiben tendenziell deutlich weniger Fälle mit auffällig niedrigen Kosten in der Kalkulationsstichprobe. Die konkreten Auswirkungen dieser Tatsache auf die Ergebnisse sind nicht abschätzbar.
6. Nur wenige Fälle mit identifiziertem Kalkulationsfehler wurden für die Erstellung des Extremkostenberichts aus der zu analysierenden Datenmenge entfernt. Insofern wird für diese Fälle die Kostendeckung nicht vollständig korrekt ermittelt. Die aus der Analysemenge aufgrund von Kalkulationsfehlern gelöschten Fälle enthalten Kosten, die den in der Analysemenge verbliebenen Fällen unter Umständen fehlen. Sicher ist, dass in der Analysemenge noch Falldaten enthalten sind, die Kalkulationsfehler enthalten und eigentlich zu löschen gewesen wären. Die Auswirkung dieser Tatsache ist unbekannt.
7. Fälle ohne Kosten sowie Fälle mit sehr geringen Kosten wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Diese Fälle gehen in der Regel mit einem Kalkulationsfehler einher (fehlende Kostenzuordnung). Das Kalkulationshandbuch hat als zentrale Vorgabe den sogenannten 100%-Ansatz, d.h. die Gesamtheit der DRG-relevanten Kosten ist auf die dem DRG-Entgeltbereich unterliegenden Fälle zu verteilen. Wenn ein Krankenhaus Fälle ohne oder mit sehr geringen Kosten hat, wurden dem 100%-Ansatz folgend die dort fehlenden Kosten automatisch den in der Kalkulation verbliebenen Fällen zugeordnet. Die in der Kalkulation verbliebenen Fälle weisen damit tendenziell leicht erhöhte Kosten auf; mithin ist die ermittelte Deckung dieser Fälle zu gering (falsch-niedrig).
8. Unvollständig kalkulierte Überlieger weisen für die Aufenthaltstage vor dem 1. Januar des Kalkulationsjahres keine Kosten auf. Überlieger vom Kalkulationsjahr in das nachfolgende Jahr sind definitionsgemäß nicht in der §-21-Datenlieferung enthalten. Die auf die Tage bis zum Jahresende des Kalkulationsjahres entfallenden Kosten der Überlieger werden von der Gesamtkostensumme abgegrenzt. Mögliche Abgrenzungsfehler sind vom InEK im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen nicht identifizierbar. Entsprechend können Abgrenzungsfehler in diesem Bereich in den entsprechenden Kalkulationskrankenhäusern ebenfalls zu fehlerhaften Kostendaten für die in der Kalkulation verbliebenen Fälle und damit zu fehlerhaften Berechnungen der Kostendeckung führen.
9. Die Konzentration auf die Güte der Qualität der Kalkulationsdatensätze ist bei den Krankenhäusern mit einem Schwerpunkt in der Leistungserbringung im PSY-Entgeltbereich auf die Fälle im PSY-Entgeltbereich fokussiert. Die Validität der Kosten-Erlös-Betrachtung im DRG-Entgeltbereich ist für diese Krankenhäuser entsprechend ebenfalls mit Einschränkungen versehen.

Unter Berücksichtigung der oben ausgeführten Einschränkungen ist festzuhalten, dass der im Extremkostenbericht verwendete Begriff der Kostendeckung speziell für diese Analyse entwickelt wurde. Ein Rückschluss der im Folgenden präsentierten Ergebnisse auf die wahre Kostendeckung der Krankenhäuser bzw. Krankenhausgruppen ist damit unzulässig. Mit den hier vorliegenden Daten lassen sich nur qualitative Aussagen zur Kostendeckung ableiten; quantitative Aussagen zur Kostendeckung sind nicht möglich.

Betrachtung der Kostenausreißer

Der vorliegende Extremkostenbericht verwendet als Basis die Kostendaten aus den Kalkulationsdatensätzen und die Erlösangaben aus dem §-21-Datensatz, so wie sie von den Kalkulationskrankenhäusern am letzten Tag der Korrekturlieferungen im Mai 2015 geliefert wurden. Die effektiven Relativgewichte und die damit korrespondierenden Erlösbeträge für das G-DRG-System 2016 werden durch eine entsprechende Gruppierung der Fälle der Analysemenge und Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert des Krankenhauses für 2014 ermittelt. Aus der Gesamtmenge wurden die Fälle für die Betrachtung ausgeschlossen, die insbesondere eine Leistungserbringung sowohl in Haupt- als auch in Belegabteilungen aufweisen oder Leistungen in Besonderen Einrichtungen erbringen etc. (Details siehe Kap. 2.1.1), sowie die Fälle, die im Ergebnisdialog mit den Kalkulationskrankenhäusern als sicher falsch kalkulierte Kostenausreißer identifiziert wurden. Dies konnte beispielsweise durch die fehlerhafte Zuordnung eines Vielfachen der Sachkosten begründet sein (vgl. u.a. Kap. 3.2). Die analysierte Fallmenge enthält damit auch die Fälle, die im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wegen unplausibler Werte in der Leistungs- und/oder Kostendokumentation keine Verwendung fanden.

Betrachtet wurde, inwieweit sich die Kostenunter- bzw. -überdeckungen bei den Lower- und den Upper-Kostenausreißern gegenseitig ausgleichen. Die Kostenausreißer werden in der Analysemenge für das Datenjahr 2014 nach dem G-DRG-System 2016 gruppiert betrachtet. An dieser Stelle sei nochmals daran erinnert, dass in jedem G-DRG-System auf Basis der vorgestellten Verteilungsfunktionen rund 5–6% aller Fälle der Analysemenge Kostenausreißer sind – unabhängig von den Weiterentwicklungsarbeiten des InEK. Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse der Analyse für Kostenausreißer im G-DRG-System 2016 auf Basis des Datenjahres 2014.

In Tabelle 20 wird für die Kostenausreißer indiziert betrachtet, wie sich die durchschnittlichen Kostenunter- bzw. -überdeckungen je Fall aus den Lower- und den Upper-Kostenausreißern insgesamt gegenüber der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer aller Fälle der Analysemenge verhalten. Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils der Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Fälle in der Analysemenge. Für die jeweiligen Untermengen wurde die durchschnittliche Kostenunter- oder -überdeckung aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern je Fall ermittelt und durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer der Analysemenge je Fall dividiert. Beispielsweise ergibt sich die Ziffer 3,8 für das Datenjahr 2014 in Tabelle 20 als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer der Fälle in den die Leistungsgruppe DRGRegelVUD definierenden DRGs in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer in der Analysemenge je Fall. Das Vorzeichen des Indexwerts zeigt damit an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt.

Datenjahr 2014			Datenjahr 2013		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	3,8	-49,4	DRGRegelVUD	0,2	-8,7
DRGMaxVUD	103,3	17,0	DRGMaxVUD	15,1	-2,2

Tabelle 20: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2013 und 2014

Tabelle 20 ist zu entnehmen, dass sich die Kostenunterdeckungen und die Kostenüberdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Leistungs- und Krankenhausgruppen weiterhin nicht ausgleichen. Für die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe

KHAndere übersteigen – wie bereits im Datenjahr 2013 – die Kostenüberdeckungen die Kostenunterdeckungen in beiden Leistungsgruppen (positiver Indexwert). Das Verhältnis der Kostenüberdeckung der Leistungsgruppe DRGMaxVUD zur Leistungsgruppe DRGRegelVUD hat sich vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 von rund 1:75 auf rund 1:27 deutlich angenähert. Für die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt sich im Datenjahr 2014 dagegen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall (negativer Indexwert) für die Leistungsgruppe DRGRegelVUD und eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall (positiver Indexwert) für die Leistungsgruppe DRGMaxVUD. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer je Fall für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD deutlicher ausgeprägt als für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax zeigte sich im Datenjahr 2013 noch ein negativer Indexwert für beide Leistungsgruppen. Damit hat sich für die Krankenhausgruppe KHUniMax die durchschnittliche Kostendeckung der Kostenausreißer je Fall im Vergleich zum Datenjahr 2013 in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD von einer Unterdeckung in eine Überdeckung gewandelt. Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da sich die Indexwerte aus verschiedenen Datenjahren unterschiedlicher Datenzusammensetzung mit unterschiedlichem Basiswert zusammensetzen.

Datenjahr 2014			Datenjahr 2013		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	3,5	-47,9	DRGAVL	-0,1	-8,3
DRGSVL	86,3	43,7	DRGSVL	14,0	2,3

Tabelle 21: Belastungsindex Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2013 und 2014

Werden die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL betrachtet, ergibt sich ein qualitativ identisches Bild (vgl. Tabelle 21). Die Kostenunter- und -überdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer gleichen sich in beiden Datenjahren ebenfalls nicht aus. In der Leistungsgruppe DRGSVL zeigen die Kostenausreißer in beiden Krankenhausgruppen – wie auch schon im Datenjahr 2013 – eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall (positiver Indexwert). Dabei ist die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall in der Krankenhausgruppe KHAndere deutlicher ausgeprägt als in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Die Kostenausreißer der Leistungsgruppe DRGAVL zeigen dagegen für die Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall und für die Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall. Auch bei dieser spezifischeren Leistungsgruppendifinition zeigt sich im Datenjahr 2014 damit ausschließlich für die Krankenhausgruppe KHUniMax bei den allgemeinen Leistungen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer (negativer Indexwert). In allen anderen Konstellationen zeigt sich ein positiver Indexwert. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer je Fall für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere in der Leistungsgruppe DRGSVL deutlicher ausgeprägt als für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Im Datenjahr 2013 zeigte sich für die Leistungsgruppe DRGAVL noch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall bei beiden Krankenhausgruppen. Damit hat sich die Kostendeckung der Kostenausreißer je Fall in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHAndere im Vergleich zum Datenjahr 2013 von einer Unterdeckung in eine Überdeckung gewandelt. Das Verhältnis der Kostenüberdeckung für die Leistungsgruppe DRGSVL zwischen der Krankenhausgruppe KHAndere und der Krankenhausgruppe KHUniMax hat sich von rund 1:6 auf rund 1:2 angenähert. Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da sich die Indexwerte aus verschiedenen Datenjahren unterschiedlicher Datenzusammensetzung mit unterschiedlichem Basiswert zusammensetzen. Bei Betrachtung von Tabelle 20 und Tabelle 21 ist ebenfalls zu beachten, dass die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nicht alle analysierten

DRGs enthalten, während in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD alle analysierten DRGs enthalten sind.

Ein Erklärungsansatz für die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD für die Häuser in der Krankenhausgruppe KHAndere lässt sich in der DRG-Kalkulation finden. Diese DRGs sind dadurch gekennzeichnet, dass die Kalkulation durch Fälle aus den Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax mit überdurchschnittlichen Fallkosten (vgl. Kap. 3.4.3) bestimmt wird, während die DRGs aus den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD durch Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere mit unterdurchschnittlichen Fallkosten geprägt sind.

Zusammenfassend lässt sich damit für das Datenjahr 2014 festhalten:

1. Nur die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung (DRGAVL und DRGRegelVUD) für die Krankenhausgruppe KHUniMax sind durch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall gekennzeichnet. In allen übrigen betrachteten Konstellationen von Krankenhaus- und Leistungsgruppe zeigen die Kostenausreißer eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall.
2. In der Leistungsgruppe DRGMaxVUD hat für die Krankenhausgruppe KHUniMax das Vorzeichen des Belastungsindex im intertemporalen Vergleich der Datenjahre 2013 und 2014 von negativ auf positiv gewechselt – aus einer durchschnittlichen Kostenunterdeckung der Kostenausreißer wurde eine durchschnittliche Kostenüberdeckung. Gleiches gilt in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHAndere.
3. Das Verhältnis der Kostenüberdeckung für die Leistungsgruppe DRGSVL zwischen der Krankenhausgruppe KHAndere und der Krankenhausgruppe KHUniMax hat sich von rund 1:6 auf rund 1:2 angeglichen.

Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen

Im Folgenden werden die oben indizierten Ergebnisse noch einmal nach Verweildauergruppen analysiert. Dazu werden die Kostenausreißer jeweils einer von drei Verweildauergruppen zugeordnet. In der Verweildauergruppe **Kurzlieger** sind alle Kostenausreißer von Fällen enthalten, die die untere Grenzverweildauer der jeweiligen DRG unterschritten haben. Der Verweildauergruppe **Inlier** sind alle Kostenausreißer von Fällen zugeordnet, die eine Verweildauer zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer der jeweiligen DRG aufweisen. Entsprechend sind in der Verweildauergruppe **Langlieger** alle Kostenausreißer der Fälle mit einer Überschreitung der oberen Grenzverweildauer der jeweiligen DRG enthalten. Der Indexwert in Tabelle 22 und Tabelle 23 ist jeweils in Bezug zum Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostenbelastung der Kostenausreißer der entsprechenden Verweildauergruppe berechnet. Der Wert 0,3 für die Leistungsgruppe DRGAVL der Krankenhausgruppe KHAndere in der Verweildauergruppe Kurzlieger wird berechnet als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer für die Kurzlieger in der Leistungsgruppe DRGAVL in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer von Kurzliegern je Fall. Das Vorzeichen des Indexwerts zeigt damit an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt. Die Indexwerte sind wegen der individuellen Basierung größenordnungsmäßig nur jeweils innerhalb der Verweildauergruppe, nicht aber zwischen den Verweildauergruppen vergleichbar.

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	0,3	0,6	DRGAVL	0,8	-0,3	DRGAVL	-0,8	-1,0
DRGSVL	0,8	1,1	DRGSVL	3,4	2,1	DRGSVL	-0,1	-0,3

Tabelle 22: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhaus- und Verweildauergruppe, Datenjahr 2014

In den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL zeigt sich für die Kostenausreißer der Langlieger-Fälle für alle Krankenhausgruppen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall (negativer Indexwert). Für die Inlier zeigt sich nur für die Leistungsgruppe DRGAVL in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der Kostenausreißer je Fall (negativer Indexwert); für die übrigen Konstellationen zeigt sich für die Inlier eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle (positiver Indexwert). Für die Kurzlieger weisen die Kostenausreißer in allen Leistungsgruppen- und Krankenhausgruppenkonstellationen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus.

Werden die weniger spezifischen Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD betrachtet, weisen die Kurzlieger für alle Leistungs- und Krankenhausgruppen ebenfalls eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus (vgl. Tabelle 23).

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	0,8	0,7	DRGRegelVUD	1,1	-0,0	DRGRegelVUD	-1,0	-1,4
DRGMaxVUD	1,4	1,6	DRGMaxVUD	3,1	1,9	DRGMaxVUD	0,7	-1,0

Tabelle 23: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhaus- und Verweildauergruppe, Datenjahr 2014

Für die Inlier ergibt sich ein im Vergleich zu den spezifischeren Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL identisches Bild von positiven bzw. negativen Indexwerten. Für die atypischen Fälle der Langlieger zeigt sich in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD in der Krankenhausgruppe KHAndere ein positiver Indexwert (durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall) und in den übrigen Konstellationen ein negativer Indexwert (durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall). Der positive Indexwert für die spezialisierten Versorgungsleistungen in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD für die Krankenhausgruppe KHAndere resultiert im Wesentlichen aus der durchschnittlichen Kostenüberdeckung der atypischen Fälle der Langlieger in den DRGs, die nicht in der Definition der Leistungsgruppe DRGSVL enthalten sind, sodass damit die durchschnittliche Kostenunterdeckung der Kostenausreißer der spezifischeren DRGs überkompensiert wird. Zu den Vergütungen der Langlieger und deren Auswirkungen auf die Betrachtung von Kostenausreißern finden sich auch Analyseergebnisse in Kapitel 3.4.7 (Korrelationsrechnungen).

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

1. Die Kostenausreißer von Kurzliegern sind typischerweise durch eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall gekennzeichnet.
2. Atypische Fälle von Langliegern weisen typischerweise eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall aus. Lediglich die Kostenausreißer der Langlieger in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD zeigen für die Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung.
3. Die Kostenbelastung durch atypische Fälle bei Langliegern ist für Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax etwas deutlicher ausgeprägt als für Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere.
4. Kostenausreißer von Inliern zeigen nur für die allgemeinen Versorgungsleistungen (DRGAVL und DRGRegelVUD) in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durch-

schnittliche Kostenunterdeckung je Fall; im Übrigen zeigen sich für atypische Inlier-Fälle durchschnittliche Kostenüberdeckungen je Fall.

Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen

In Tabelle 24 wird für die Kostenausreißer der gesondert betrachteten Leistungsgruppen indiziert betrachtet, wie sich die durchschnittlichen Kostenunter- bzw. -überdeckungen je Fall aus den Lower- und den Upper-Kostenausreißern insgesamt gegenüber der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer aller Fälle der Analysemenge verhalten. Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils der Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Fälle in der Analysemenge. Für die jeweiligen Untermengen wurde die durchschnittliche Kostenunter- oder -überdeckung aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern je Fall ermittelt und durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer der Analysemenge je Fall dividiert. Das Vorzeichen des Indexwertes zeigt damit an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt. Die Ziffer 187,6 für die Leistungsgruppe DRGIntensiv in der Krankenhausgruppe KHUniMax in Tabelle 24 ergibt sich beispielsweise als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer der Fälle in den die Leistungsgruppe DRGIntensiv definierenden DRGs in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHUniMax je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer in der Analysemenge je Fall.

Krankenhausgruppe	Leistungsgruppe		
	DRGIntensiv	DRGOnko	DRGKinderOnko
KHUniMax	187,6	-13,4	47,7
KHAndere	605,3	38,5	35,9

Tabelle 24: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppe, Datenjahr 2014

Die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGIntensiv und DRGKinderOnko zeichnen sich in beiden Krankenhausgruppen durch eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus (positiver Indexwert). Die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall ist in der Krankenhausgruppe KHAndere in der Leistungsgruppe DRGIntensiv deutlicher ausgeprägt als in der Krankenhausgruppe KHUniMax. In der Leistungsgruppe DRGKinderOnko ist die Kostenüberdeckung der atypischen Fälle für die Krankenhausgruppe KHUniMax ausgeprägter als für die Krankenhausgruppe KHAndere. In der Leistungsgruppe DRGOnko weisen die Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung und in der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus.

Der Fall Asparaginase

Vor allem in der pädiatrischen Behandlung der akuten lymphatischen Leukämie (ALL) wird L-Asparaginase eingesetzt, was bereits mit erheblichen Medikamentenkosten verbunden ist. Bei einer möglichen Allergie auf die aus *E. coli* gewonnene Asparaginase kann L-Asparaginase aus *Erwinia chrysanthemi* als Ausweichpräparat eingesetzt werden. Diese ist im Vergleich zu Asparaginase aus *E. coli* etwa um den Faktor 10 teurer. Medikamentenkosten während eines stationären Aufenthaltes von mehreren Tausend Euro für diese Präparate, in bestimmten Fällen auch von über 20.000 €, kommen durchaus vor.

Beide Behandlungen sind nicht mehr neu, sondern wurden bereits in den 90er-Jahren des 20. Jahrhunderts bzw. früher eingeführt. Damit erfüllt auch die L-Asparaginase aus *Erwinia chrysanthemi* nicht die Kriterien zur Vergabe eines Status 1 gemäß der NUB-Vereinbarung der Vertragsparteien. Bei einer vergleichsweise geringen Fallzahl, zum Teil sehr uneinheitlichen Kosten sowie einer zunächst fehlenden sicheren Erkennbarkeit der betroffenen Fälle in den §-21-Daten war bislang auch die Ausweisung eines Zusatzentgelts im Fallpauschalen-Katalog nicht möglich.

Mit dem OPS Version 2013 wurde ein spezifischer Kode für die Gabe von L-Asparaginase aus *Erwinia chrysanthemi*, parenteral etabliert. Darüber hinaus wurden im Jahr 2015 im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung von den Kalkulationskrankenhäusern für diese Leistung die Kosten und die kumulierte Dosis bei betroffenen Fällen abgefragt. Die im August 2015 durchgeführten Auswertungen der übermittelten Daten zeigten dabei deutlich differierende Angaben zu den Kosten pro Dosis. Eine abschließende Bewertung und Etablierung eines Zusatzentgelts für 2016 war jedoch auch aufgrund der uneinheitlichen Datenlage weiterhin nicht möglich.

In den DRG-Fallpauschalen für die nicht operative Behandlung von Lymphomen und Leukämien (Basis-DRGs R60 bis R63 sowie R65 für Tagesfälle) zeigen sich alle Extremkostenfälle insgesamt nur mit einer vergleichsweise geringen Unterdeckung, die zudem von 2015 auf 2016 deutlich abnimmt (vgl. Abb. 36).

Extremkostenfälle der Basis-DRGs R60 bis R63 und R65 (Leukämien und Lymphome)			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kostendeckung pro Fall
G-DRG 2014/15	3.075	-246 €	
G-DRG 2014/16	3.075	-190 €	+56 €

Abbildung 36: Extremkostenfälle der Basis-DRGs R60 bis R63 und R65, Datenjahr 2014

Dieses Ergebnis kann zum überwiegenden Teil auf die Kostenausreißer der Basis-DRG R63 (vor allem akute lymphatische Leukämien) zurückgeführt werden, die eine deutliche Unterdeckung aufweisen, während die der Kostenausreißer der Basis-DRGs R60-62 und R65 nur eine vergleichsweise geringfügige Unterdeckung (-26 € pro Fall) aufweisen. Innerhalb der Basis-DRG R63 wiederum lässt sich die Unterdeckung zum größten Teil auf wenige Fälle mit Gabe von Asparaginase und sehr hohen Medikamentenkosten für diese Leistung zurückführen, die entweder anhand der OPS-Kodes (6-003.p/r) oder der Rückmeldungen der Kalkulationskrankenhäuser eindeutig zu identifizieren waren (vgl. Abb. 37).

Extremkostenfälle in der Basis-DRG R63 (akute lymphatische Leukämie, ALL)			
Fallmenge	Fallzahl	Kostendeckung, in Summe	Kostendeckung pro Fall
Ausreißer in Basis-DRG R63	267	-512.907 €	-1.921 €
davon mit Gabe von Asparaginase	52	-380.848 €	-7.324 €
davon ohne Gabe von Asparaginase	215	-132.059 €	-614 €

Abbildung 37: Extremkostenfälle der Basis-DRG R63, Datenjahr 2014

Folglich ist die Unterdeckung der Kostenausreißerfälle in der Basis-DRG R63 zu fast 75% auf wenige Fälle mit hohen Medikamentenkosten zurückzuführen. Trotz der durchgeführten ergänzenden Datenbereitstellung sowie der regulären Verschlüsselungsmöglichkeit wurde dies erst im Zuge der Einzelrückfragen zu Fällen mit auffällig hohen Kosten in diesem Ausmaß deutlich. Dies erfolgte zum großen Teil erst nach Abschluss der Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation für 2016 und konnte somit keinen Eingang in den Fallpauschalen-Katalog 2016 mehr finden.

Obwohl die Gabe von Asparaginase in den anderen Basis-DRGs für Leukämien und Lymphome (R60, R61, R62, R65) weitaus seltener ist, kann auch hier ein vergleichbarer Einfluss sehr weniger Fälle auf die Kostendeckung der Ausreißerfälle gezeigt werden (vgl. Abb. 38).

Extremkostenfälle in den Basis-DRGs R60-62 und R65 (akute myeloische Leukämie AML, Lymphome)			
Fallmenge	Fallzahl	Kostendeckung, in Summe	Kostendeckung pro Fall
Ausreißer in Basis-DRGs R60-R62, R65	2.808	-73.008 €	-26 €
davon mit Gabe von Asparaginase	17	-133.178 €	-7.834 €
davon ohne Gabe von Asparaginase	2.791	+60.170 €	+22 €

Abbildung 38: Extremkostenfälle der Basis-DRGs R60 bis R62 und R65, Datenjahr 2014

In diesen DRGs kann die Unterdeckung der Kostenausreißerfälle somit sogar vollständig auf einige wenige Fälle mit Gabe von Asparaginase und hohen Medikamentenkosten zurückgeführt werden. Auf Grundlage des derzeitigen Erkenntnisstands (Januar 2016) erscheint zukünftig ein Zusatzentgelt (oder ggf. nach Präparaten differenzierte Zusatzentgelte) für die Gabe von L-Asparaginase gerechtfertigt und in der Lage, die Kostendeckung von Ausreißerfällen mit Leukämien und Lymphomen deutlich zu verbessern. Der dargestellten Problematik der Unterdeckung in diesen DRGs könnte so sehr weitgehend abgeholfen werden.

Eine entsprechende Verbesserung der Kostendeckung zeigt sich in den DRGs für Leukämien und Lymphome auch für Patienten unter 16 Jahren / unter 18 Jahren, wenn auch nicht ganz in der gleichen Größenordnung.

Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer

In der Analysemenge zu den vorgenannten Ergebnissen zur Kostendeckung der atypischen Fälle wurden die Kostenausreißer auf Basis des G-DRG-Systems 2016 bestimmt. In diesem Abschnitt soll nun betrachtet werden, wie sich die durchschnittliche Deckung der Kostenausreißer im Vergleich zwischen dem G-DRG-System 2014 und dem G-DRG-System 2016 verändert hat. Dazu werden die zu untersuchenden Fälle nach den beiden verschiedenen G-DRG-Systemen eingruppiert und die jeweils daraus resultierenden Erlöse ermittelt.

Würde darüber hinaus im Anschluss an die Neugruppierung auch eine erneute Ermittlung der Kostenausreißer erfolgen, ergäbe sich jedoch kein verwertbares Ergebnis, da die miteinander verglichenen Fallmengen sich erheblich unterscheiden würden. Fälle, die nach Eingruppierung gemäß G-DRG-System 2014 aufgrund der ermittelten Verteilungsfunktion als Kostenausreißer markiert werden, könnten bei Anwendung der ermittelten (gleichen oder ggf. auch einer anderen) Verteilungsfunktion auf nach G-DRG-System 2016 gruppierten Daten keine Ausreißer sein – und umgekehrt. Daher muss die Markierung der Fälle als Kostenausreißer bei der Betrachtung der Systemveränderungen sozusagen „fortgeschrieben werden“. Diese Vorgehensweise ist prinzipiell in zwei Betrachtungsrichtungen möglich:

- Wie verändert sich die Vergütung genau der Fälle, die nach G-DRG-System 2014 als Kostenausreißer identifiziert wurden, wenn Eingruppierung und Erlöse gemäß G-DRG-Version 2016 zugrunde gelegt werden? (unabhängig davon, ob die Fälle nach dem G-DRG-System 2016 ebenfalls Kostenausreißer sind)
- Wie wäre die Vergütung genau der Fälle, die nach G-DRG-Version 2016 als Kostenausreißer identifiziert werden, gewesen, wenn Eingruppierung und Erlöse gemäß dem G-DRG-System 2014 zugrunde gelegt würden? (unabhängig davon, ob die Fälle nach dem G-DRG-System 2014 ebenfalls Kostenausreißer gewesen wären)

Die Analyse wurde – unter Nichtberücksichtigung der Fälle in unbewerteten DRGs und der Kurzlieger in impliziten Ein-Belegungstag-DRGs – in beide Richtungen durchgeführt. Nachdem im ersten Extremkostenbericht die detaillierten Ergebnisse zur ersten Frage ausführlich vorgestellt wurden, sollen in diesem Bericht nunmehr die detaillierten Ergebnisse zur zweiten Frage (vgl. Tabelle 27 und Tabelle 28) dargestellt werden. Für die Berechnung der Erlöse werden die Angaben aus der Entgelte-Datei verwendet und die Relativgewichte der DRGs mit dem Landesbasisfallwert 2014 multipliziert. Damit zeigen die detaillierten Ergebnisse in Tabelle 27 und Tabelle 28 im Wesentlichen das Ergebnis der Veränderung der Bewertungsrelationen und der G-DRG-Klassifikation für das G-DRG-System 2016 an.

Zur Erinnerung geben wir zunächst die Ergebnisse für das Datenjahr 2013 nochmals in Kurzform wieder (Tabelle 25 und Tabelle 26). Die durchschnittliche Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall hatte sich auf Basis der Kostenausreißer des Datenjahres 2013 im G-DRG-System 2015 um etwa 23 € verbessert. Dies entsprach einer Verbesserung der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer um etwa 11,6%.

Leistungsgruppe	Fallzahl	Deckung gesamt (Euro)		
		Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2013	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2015	Diff.
DRGRegelVUD	154.328	-62.749.691	-60.682.472	2.067.219
DRGMaxVUD	23.235	28.021.859	29.966.112	1.944.252
DRGAVL	54.666	-9.809.318	-10.198.629	-389.311
DRGSVL	7.121	6.553.082	6.118.001	-435.080
Gesamt	177.563	-34.727.832	-30.716.361	4.011.472

Tabelle 25: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, in €, Datenjahr 2013

Leistungsgruppe	Deckung je Fall (Euro)			Veränderung V2013 vs. V2015
	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2013	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2015	Diff.	
DRGRegelVUD	-407	-393	13	3,29%
DRGMaxVUD	1.206	1.290	84	6,94%
DRGAVL	-179	-187	-7	-3,97%
DRGSVL	920	859	-61	-6,64%
Gesamt	-196	-173	23	11,55%

Tabelle 26: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, € je Fall, Datenjahr 2013

Die rund 171.000 Kostenausreißer des Datenjahres 2014 im G-DRG-System 2016 weisen insgesamt eine Kostenunterdeckung von 5,3 Mio. € auf. Die identischen Kostenausreißer weisen im G-DRG-System 2014 eine Kostenunterdeckung von 12,4 Mio. € auf. Die Kostenunterdeckung der atypischen Fälle geht damit um 7,1 Mio. € (entspricht rund 57%) zurück. Der überwiegende Teil der Verbesserung (rund 90%) resultiert aus einem Rückgang der Kostenunterdeckung in DRGs der allgemeinen Versorgung (DRGRegelVUD). Die durchschnittliche Kostenunterdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall lag für die Kostenausreißer des Datenjahres 2013 im G-DRG-System 2015 noch bei 173 €. Die Kostenausreißer der atypischen Fälle im G-DRG-System 2016 belasten die Krankenhäuser mit einer durchschnittlichen Kostenunterdeckung in Höhe von 31 € je Fall. Werden die Kostenausreißer des Datenjahres 2014 im G-DRG-System 2014 betrachtet, weisen diese eine durchschnittliche Kostenunterdeckung von 73 € je Fall aus. Ein direkter Vergleich der beiden Datenjahre ist in dieser intertemporalen Analyse zwar nicht möglich. Nachdem sich die Dimension der Anzahl der Kostenausreißer in etwa unverändert zeigt, kann jedoch zumindest die Größenordnung der Kostenunterdeckung betrachtet werden. Hier zeigt sich ein dimensionaler Rückgang der Kostenbelastung absolut und je Fall zwischen den Datenjahren.

Die Kostenunterdeckung der atypischen Fälle im Datenjahr 2014 resultiert im Ergebnis – im Vergleich zum Datenjahr 2013 unverändert – aus der Kostenunterdeckung der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung. Die Kostenausreißer der speziellen Versorgungsleistungen weisen eine Kostenüberdeckung auf. Die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen des Datenjahres 2014 gruppiert nach DRG 2016 (DRGRegelVUD) zeigen eine Verbesserung der Kostenunterdeckung von 6,4 Mio. €. Die Kostenüberdeckung der atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen (DRGMaxVUD) steigt leicht um rund 1,6% an (vgl. Tabelle 28). Bei Betrachtung der spezifischer definierten Leistungsgruppen zeigen die allgemeinen Versorgungsleistungen (DRGAVL) eine Verbesserung der durchschnittlichen Kostenunterdeckung je Fall um rund 13% und die Kostenüberdeckung der speziellen Versorgungsleistungen einen Rückgang der durchschnittlichen Kostenüberdeckung je Fall um rund 5%. Beide Ergebnisse verdeutlichen eindrucksvoll die sachgerechte Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016, insbesondere hinsichtlich der Kostenbelastung durch atypische Fälle.

Leistungsgruppe	Fallzahl	Deckung gesamt (Euro)		
		Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2014	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2016	Diff.
DRGRegelVUD	148.079	-55.750.526	-49.309.270	6.441.256
DRGMaxVUD	23.255	43.303.334	43.987.523	684.189
DRGAVL	48.860	-11.160.908	-9.698.873	1.462.035
DRGSVL	6.803	13.095.684	12.436.854	-658.830
Gesamt	171.334	-12.447.192	-5.321.747	7.125.445

Tabelle 27: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, in €, Datenjahr 2014

Leistungs- gruppe	Deckung je Fall (Euro)			Veränderung V2014 vs. V2016
	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2014	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2016	Diff.	
DRGRegelVUD	-376	-333	43	11,55%
DRGMaxVUD	1.862	1.892	29	1,58%
DRGAVL	-228	-199	30	13,10%
DRGSVL	1.925	1.828	-97	-5,03%
Gesamt	-73	-31	42	57,25%

Tabelle 28: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, € je Fall, Datenjahr 2014

In nur zwei Jahren der vertiefenden Analyse atypischer Fälle verbunden mit einer entsprechenden Berücksichtigung der Ergebnisse bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems konnte eine dimensionale Reduktion der Kostenunterdeckung der Kostenausreißer erreicht werden. Dabei zeigen die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen weiterhin eine durchschnittliche Kostenunterdeckung und die Kostenausreißer der speziellen Versorgungsleistungen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Bei etwa gleichbleibender Anzahl der Kostenausreißer im Vergleich zum Datenjahr 2013 geht die Belastung durch Kostenausreißer insgesamt von 30,7 Mio. € (Datenjahr 2013 gruppiert nach G-DRG 2015) auf 5,3 Mio. € (Datenjahr 2014 gruppiert nach G-DRG 2016) zurück.
2. Die Kostenausreißer sind weiterhin insgesamt durch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall gekennzeichnet. Dabei zeigen die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen unverändert im Vergleich zum Datenjahr 2013 eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall und die atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall.
3. Die Lower- und Upper-Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHAndere weisen in allen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus (positiver Indexwert).
4. Die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt nur für die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall. In den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD zeigt sich auch für die Krankenhausgruppe KHUniMax ein positiver Indexwert.
5. Die durchschnittliche Belastung je Fall aus Lower- und Upper-Kostenausreißern gemeinsam ist für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax deutlicher ausgeprägt als für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere.
6. Die Kostenausreißer der Kurzlieger weisen typischerweise eine durchschnittliche Kostenüberdeckung und die atypischen Fälle der Langlieger typischerweise eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall auf. Die Inlier zeigen qualitativ die gleichen Ergebnisse wie die Belastungsindizes, auf alle Fälle berechnet.
7. Die durch Kostenausreißer verursachte Unterdeckung in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD ist sowohl absolut als auch je Fall am stärksten ausgeprägt. Die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall der atypischen Fälle in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD hält sich in etwa die Waage.

8. Die untersuchten Leistungsgruppen DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko zeigen überwiegend eine Überdeckung der Kostenausreißer. Lediglich die Leistungsgruppe DRGOnko zeigt für die Krankenhauskategorie KHUniMax eine Unterdeckung. Da die Leistungsgruppe DRGOnko von den drei Leistungsgruppen als die am wenigsten spezifische einzuschätzen ist, ist dieses Ergebnis durchaus kongruent mit bisherigen Ergebnissen zu allgemeinen vs. speziellen Versorgungsleistungen.
9. In der Detailanalyse zu den onkologischen DRGs wurde deutlich, dass die Einführung weiterer ergänzender leistungsspezifischer Entgelte einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der Kostendeckung leisten können. Dies wirkt sich jedoch noch nicht auf die Kennzahlen des vorliegenden Berichts aus.

3.4.5 Intertemporaler Vergleich auf Krankenhausebene

In diesem Abschnitt wird die Kostenbelastung durch atypische Fälle auf Krankenhausebene im intertemporalen Vergleich analysiert. Um eine Identifikation des einzelnen Hauses zu vermeiden, wird die Betrachtung in einer aggregierten und anonymisierten Form wiedergegeben. Die Gesamtsituation des intertemporalen Vergleichs auf Krankenhausebene wird in Abbildung 39 schematisch dargestellt.

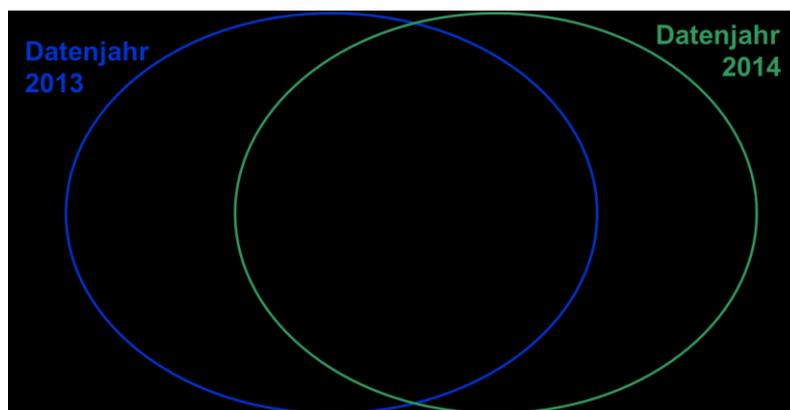


Abbildung 39: Intertemporaler Vergleich auf Krankenhausebene, Datenjahre 2013 und 2014

Dazu werden im Folgenden ausschließlich die Krankenhäuser betrachtet, die in den beiden Datenjahren 2013 und 2014 in der Analysemenge enthalten waren. Der Beschreibung zur Kategorisierung der Krankenhausgruppen (vgl. Kap. 3.4.3) ist bereits zu entnehmen, dass in der Krankenhausgruppe KHUniMax 16 der 17 Häuser und in der Krankenhausgruppe KHAndere 211 von 224 Häusern in beiden Datenjahren in der Analysemenge enthalten waren. Insgesamt sind damit 227 von 241 Krankenhäusern (94%) in beiden Datenjahren vertreten. Auf diese 227 Häuser entfallen 95% der Fälle in der Analysemenge des Datenjahres 2014.

Betrachtet werden die Kostendeckungen der Kostenausreißer des Datenjahres 2013 (gruppiert nach G-DRG 2013/2015) einerseits und des Datenjahres 2014 (gruppiert nach G-DRG 2014/2016) andererseits. Damit werden – anders als im Abschnitt „Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer des G-DRG-Systems 2014“ – zwei unterschiedliche Mengen von Kostenausreißern miteinander verglichen. Damit können nur Aussagen zur Kostenbelastung durch atypische Fälle auf Krankenhausebene hinsichtlich der Veränderung der Größenordnung der Kostenbelastung getroffen werden. Eine gezielte Betrachtung der Kostendeckung bestimmter Kostenausreißer ist nicht möglich. Ein direkter Bezug der Veränderung auf einzelne DRG-bezogene Veränderungen durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ist ebenfalls nicht möglich.

Die Kostenunterdeckung der beiden Datenjahre 2013 und 2014 und deren Differenz wird in Tabelle 29 dargestellt. Dabei zeigen die oberen Zeilen der Tabelle die Ergebnisse nach der Krankenhausgruppe, differenziert für die Häuser, die in beiden Datenjahren in der Analysemenge vertreten waren. In den Zeilen darunter finden sich die Deckungsangaben für die Häuser, die entweder im Datenjahr 2013 oder im Datenjahr 2014 in der Analysemenge vertreten waren.

KH im Datenjahr 2013 und 2014		Deckung in Mio. Euro		
Krankenhausgruppe	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2013	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2014	Differenz Deckung
KHUniMax	16	-78,8	-56,4	22,4
KHAndere	211	36,5	47,5	11,0
Gesamt	227	-42,3	-8,9	33,4

KH nur im Datenjahr 2013		Deckung in Mio. Euro		
	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2013	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2014	Differenz Deckung
Gesamt	20	5,8		

KH nur im Datenjahr 2014		Deckung in Mio. Euro		
	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2013	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2014	Differenz Deckung
Gesamt	14		3,5	

Tabelle 29: Deckung der Kostenausreißer nach Krankenhausgruppe im intertemporalen Vergleich, Datenjahre 2013, 2014

Die Kostenunterdeckung der 227 Häuser, die in beiden Datenjahren in der Analysemenge vertreten waren, reduziert sich im intertemporalen Vergleich um rund 33,4 Mio. €, davon entfallen rund 22,4 Mio. € auf die 16 Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Diese erhebliche Reduktion der Kostenbelastung durch Kostenausreißer entfällt damit zum größten Teil auf die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Das Paket der Gesamtmaßnahmen, insbesondere Klarstellungen zur Kalkulationsmethodik, Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in den beiden vergangenen Jahren hat damit zielgerichtet bei den Häusern in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine deutliche Verbesserung der Deckungssituation der atypischen Fälle herbeigeführt.

Aus der Aggregation der Daten aus Tabelle 29 wird deutlich, dass insgesamt die Kostenunterdeckung der Kostenausreißer von 36,5 Mio. € im Datenjahr 2013 auf 5,4 Mio. € im Datenjahr 2014 gesunken ist.

Die 20 Häuser, die nur im Datenjahr 2013 vertreten waren, zeichnen sich durch eine Kostenüberdeckung der atypischen Fälle von 5,8 Mio. € aus. Dies ist in Summe und auch als Durchschnittswert je Krankenhaus gesehen (0,29 Mio. €) eine höhere Kostenüberdeckung als diejenige der 14 Häuser, die nur im Datenjahr 2014 vertreten waren: 3,5 Mio. € in Summe bzw. 0,25 Mio. € je Haus. Die Reduktion der Kostenbelastung durch atypische Fälle ist also nachweislich bei den in beiden Datenjahren vorhandenen und damit vergleichbaren Krankenhäusern zu verorten und kein Artefakt aufgrund der jeweils nicht vergleichbaren Krankenhausmengen.

Bei den Krankenhäusern mit dem größten individuellen Beitrag zur Kostenunterdeckung der atypischen Fälle zeigen sich drei Besonderheiten struktureller Art. Diese temporäre, strukturelle Besonderheit führt zu deutlichen Kostenunterdeckungen der atypischen Fälle in diesen Häusern, die sich weitestgehend auf die temporäre Situation (beispielsweise deutlicher, temporärer Fallzahlrückgang) zurückführen lassen und demnach ebenfalls als kalkulatorisches Artefakt in den Extremkostenbericht eingehen. Die Besonderheiten gaben individuell betrachtet nicht genügend Anlass, die Krankenhäuser aus der Kalkulationsmenge oder der Analysemenge herauszunehmen. Die strukturellen Besonderheiten lassen sich wie folgt skizzieren:

- Haus 1 hat im Datenjahr 2014 unterjährig einen Neubau bezogen und die vor dem Neubaubezug bestehenden drei Standorte geschlossen.
- Bei Haus 2 lag im Datenjahr 2014 eine temporäre Störung in den Betriebsabläufen vor.
- Haus 3 führte im Datenjahr 2014 eine erhebliche Instandhaltungsmaßnahme durch und konnte weitere auffällige Kostensteigerungen mit strukturellen Anpassungen im Betriebsablauf nicht vollständig plausibel erläutern.

Von den 16 Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax stellen sich im Vergleich zwischen den Datenjahren vier Häuser schlechter und zwölf Krankenhäuser besser (vgl. Abbildung 40). Bei einem Krankenhaus mit Anstieg der Kostenunterdeckung lagen im Datenjahr besondere Umstände mit damit verbundener reduzierter Auslastung vor. Insofern ist die Erhöhung der Kostenbelastung in diesem Haus nur ein – auf den korrespondierenden Fallzahlrückgang zurückgehendes – kalkulatorisches Artefakt.

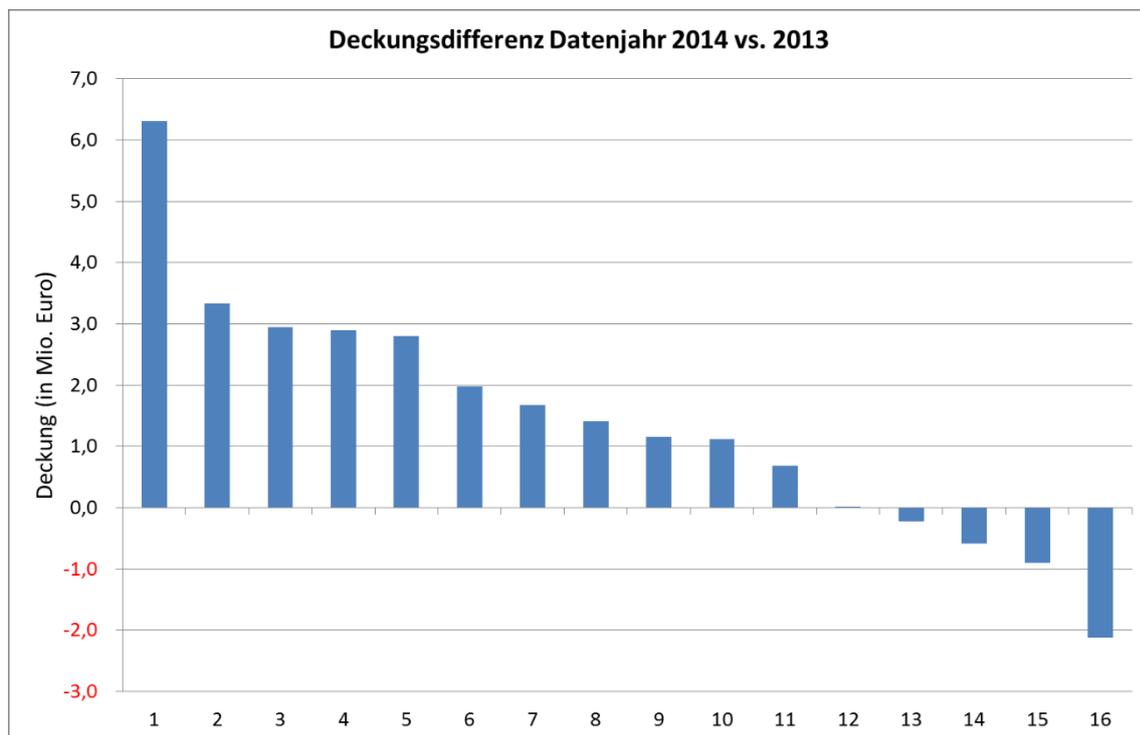


Abbildung 40: Differenz der Deckung (Mio. €) der Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHUniMax im Vergleich der Datenjahre 2013 und 2014

In der Krankenhausgruppe KHAndere zeigen im intertemporalen Vergleich 82 Häuser eine Verschlechterung und 129 Häuser eine Verbesserung der Kostenbelastung durch Kostenausreißer. Dabei ist zu beobachten, dass beispielsweise die größte Verschlechterung der Kostenbelastung in dieser Krankenhausgruppe mit einer Reduktion der Kostenüberdeckung durch atypische Fälle gleichzusetzen ist. Insgesamt geht die Reduktion der Kostenbelastung

spürbar auf eine Reduktion der Kostenüberdeckung von Kostenausreißern zurück. Auch dieses Ergebnis verdeutlicht die zielgerichtete Verbesserung der sachgerechten Abbildung von Krankenhausleistungen durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Die Kostenbelastung durch Kostenausreißer hat sich vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 erheblich verbessert.
2. Die stärkste Verbesserung zeigt sich bei den Häusern in der Krankenhausgruppe KHUniMax.
3. Die absolute Höhe der Kostenbelastung durch atypische Fälle wird im Datenjahr 2014 durch die strukturellen Besonderheiten der drei Häuser in der Analysemenge in ihrem Ausmaß überschätzt. Damit wird gleichzeitig der Grad der Verbesserung zwischen dem Datenjahr 2013 und dem Datenjahr 2014 unterschätzt.

3.4.6 Belastung durch Kostenausreißerfälle

In Kenntnis der Tatsache, dass die Kostendeckung nicht vollständig korrekt berechnet werden kann (vgl. Kap. 3.4.4.3), wird im Folgenden auf die Fragen 3, 4 und 6 aus der Beauftragung eingegangen.

3. *Sind saldierte Kostenunter- und Kostenüberdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt?*
4. *Wie stellen sich Kostendeckungssalden auf DRG-Ebene oder auf Hausebene im Zeitverlauf dar?*
6. *Lassen sich besonders mit Kostenausreißern belastete Krankenhäuser grundsätzlich mit vertretbarem Aufwand anhand von Strukturmerkmalen in den Leistungs-, Abrechnungs- und Kalkulationsdaten sachgerecht ermitteln? Strukturmerkmale könnten beispielsweise Parameter des §-21-Datensatzes und/oder weitere hausbezogene Indikatoren wie die Bettenzahl, die Versorgungsstufe oder der Spezialisierungsgrad sein.*

3.4.6.1 Durchschnittliche Kostendeckung der Kostenausreißer je Fall in Bezug zu den durchschnittlichen Kosten

Die grundsätzlichen Analyseergebnisse zur Kostendeckung wurden bereits in Kapitel 3.4.4 vorgestellt. Eine anonymisierte krankenhausesbezogene Darstellung zeigt Abbildung 41. Hier ist die durchschnittliche Kostenbelastung durch Kostenausreißer (Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) je Fall zu den durchschnittlichen Fallkosten des jeweiligen Krankenhauses in Beziehung gesetzt. Die sich daraus ergebenden Werte wurden zur besseren Visualisierung so basiert, dass die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall bezogen auf die durchschnittlichen Fallkosten aller Fälle den Belastungswert null ergibt. Entsprechend zeigen Säulen oberhalb der Nulllinie in Abbildung 41 Krankenhäuser an, die mit einer unterdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer ausgezeichnet sind, und Säulen unterhalb der Nulllinie entsprechend Krankenhäuser mit einer überdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer. Im Einzelfall kann dies sogar insgesamt eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer darstellen.

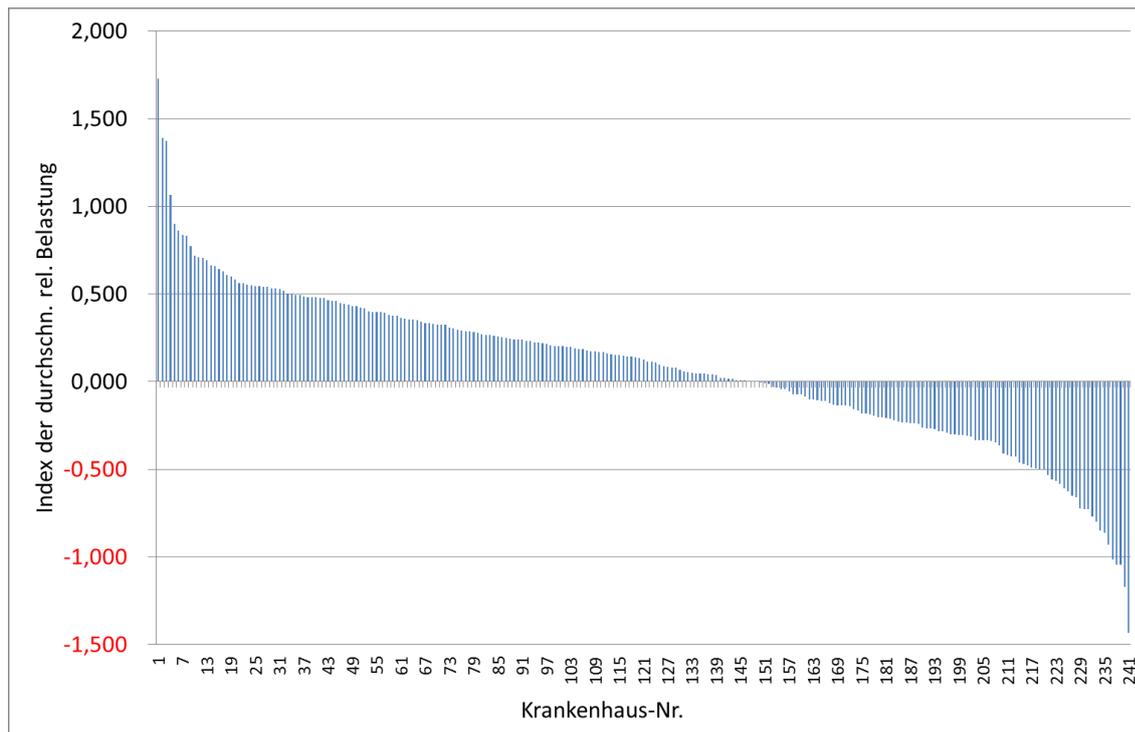


Abbildung 41: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in den analysierten Krankenhäusern, Datenjahr 2014

149 Krankenhäuser weisen eine unterdurchschnittliche Belastung je Fall durch die Kostenausreißer und 92 Krankenhäuser eine überdurchschnittliche Belastung je Fall durch Kostenausreißer aus. Abbildung 41 ist auch zu entnehmen, dass die Anzahl der Krankenhäuser mit einer überdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer je Fall kleiner ist als die Anzahl der Krankenhäuser mit einer unterdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer je Fall. Damit ergibt sich im Datenjahr 2014 qualitativ das gleiche Bild wie im Datenjahr 2013.

Abbildung 42 zeigt den Index der durchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer ausschließlich für die 17 Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Dabei wurde keine neue Normierung durchgeführt, sondern die Nulllinie aus der Normierung auf Basis aller Krankenhäuser verwendet. Dieser Darstellung ist zu entnehmen, dass die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer bezogen auf die durchschnittlichen Kosten des jeweiligen Krankenhauses innerhalb der Krankenhausgruppe KHUniMax unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Drei Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen eine unterdurchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf; entsprechend weisen 14 Häuser eine überdurchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf. Im Datenjahr 2013 ergab sich qualitativ das gleiche Bild wie im Datenjahr 2014.

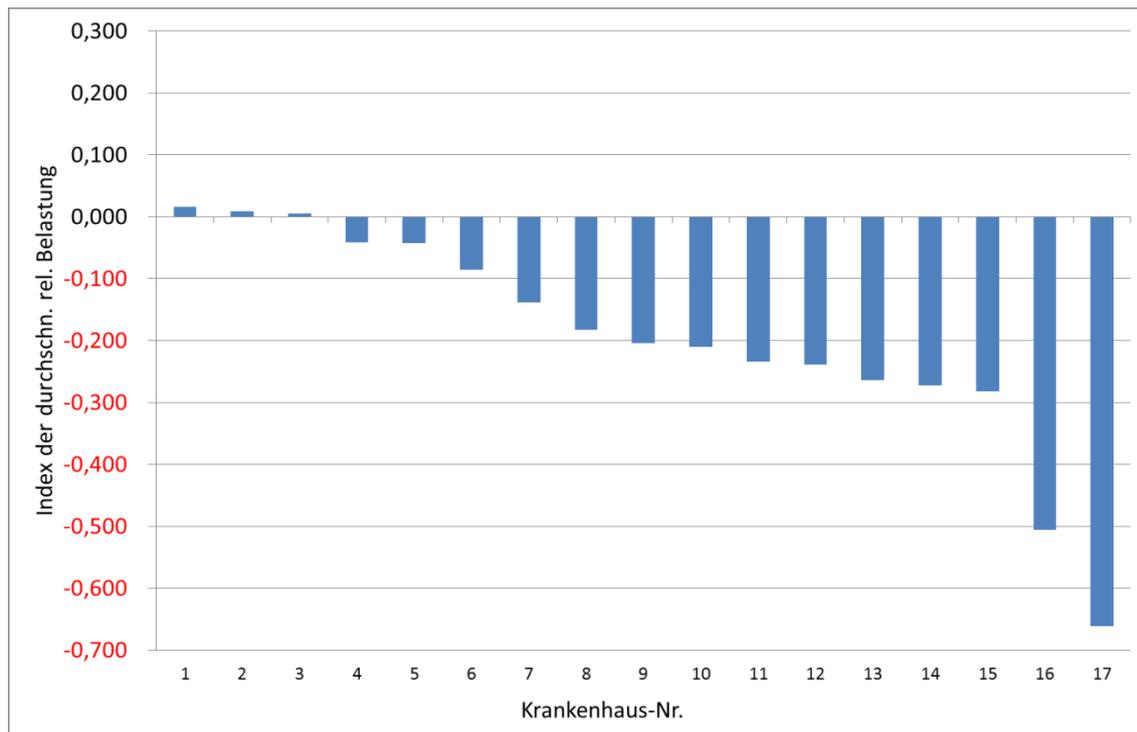


Abbildung 42: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2014

3.4.6.2 Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio

In einem weiteren Analyseschritt wurde untersucht, ob die einzelnen Krankenhäuser signifikant vom Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe hinsichtlich der DRG-bezogenen Verteilung ihrer Kostenausreißer abweichen. Für diese Art der Betrachtung müssen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen (gemessen als DRG) individuell betrachtet werden, um die unterschiedliche Zusammensetzung der Leistungsspektren bei der Analyse zu berücksichtigen. Dazu wurde der auf Basis der Gesamtanalyse ermittelte relative Anteil an Lower- und Upper-Kostenausreißern je DRG mit der im jeweiligen Krankenhaus beobachteten Fallzahl der DRG multipliziert. Das Ergebnis ergab die erwartete Anzahl von Kostenausreißern (Lower und Upper) je DRG für das jeweilige Krankenhaus. Diese erwartete Anzahl von Kostenausreißern wurde mit der tatsächlichen Anzahl von Kostenausreißern verglichen und auf Signifikanz getestet. Dabei wurde unterstellt, dass die erwartete Anzahl von Kostenausreißern eines durch DRGs determinierten Leistungsportfolios einer bestimmten Verteilung folgt. Die Anzahl der beobachteten Kostenausreißer sollte dann der identischen Verteilung folgen. Als Testverfahren bietet sich hierfür der nicht parametrische Kolmogorov-Smirnov-Test¹¹ an. Dieser Test überprüft die Nullhypothese, ob die beiden beobachteten Datenreihen (beobachtete Anzahl von Kostenausreißern je DRG vs. theoretisch erwartete Anzahl von Kostenausreißern je DRG) derselben Verteilungsfunktion folgen. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 30.

¹¹ Siehe z.B. **Hartung, J. et al. (1987)**: Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik, Kap. VIII, Oldenbourg, München/Wien.

Datenjahr 2014							
Krankenhausgruppe	Gesamt	Lower-Anteil im DRG-Portfolio signifikant unterschiedlich (5%-Niveau) zum entspr. erwarteten Lower-Anteil	Lower-Anteil geringer als erwartet	Lower-Anteil größer als erwartet	Upper-Anteil im DRG-Portfolio signifikant unterschiedlich (5%-Niveau) zum entspr. erwarteten Upper-Anteil	Upper-Anteil geringer als erwartet	Upper-Anteil größer als erwartet
KHUnimax	17	17	12	5	13	0	13
KHAndere	224	72	56	16	41	25	16
Alle Krankenhäuser	241	89	68	21	54	25	29

Tabelle 30: Ergebnis des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Krankenhausebene, Datenjahr 2014

Tabelle 30 zeigt, dass für alle 17 Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax die Verteilung der Lower-Kostenausreißer in den jeweiligen Leistungsportfolios signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt abweicht. Für zwölf Krankenhäuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant niedrigerem Anteil an Lower-Kostenausreißern und für fünf Krankenhäuser eine Verteilung mit signifikant höherem Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 13 Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax weicht die Verteilung der Upper-Kostenausreißer signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt ab (höherer Anteil Upper-Kostenausreißer). Von den 224 Krankenhäusern in der Gruppe KHAndere zeigt sich bei 72 Häusern eine signifikante Abweichung der Verteilung der Lower-Kostenausreißer vom erwarteten Stichprobendurchschnitt. Für 56 Krankenhäuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant geringerem Anteil, für 16 Häuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant höherem Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 41 Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere weicht die Verteilung der Upper-Kostenausreißer signifikant vom Stichprobendurchschnitt ab. Für 25 Krankenhäuser ergibt sich dabei eine Verteilung mit signifikant geringerem Anteil an Upper-Kostenausreißern, für 16 Häuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant größerem Anteil an Upper-Kostenausreißern. Das bedeutet: Für die Mehrzahl der Krankenhäuser in der Gruppe KHAndere entspricht die Verteilung der Lower- und Upper-Kostenausreißer der jeweiligen Leistungsportfolios der erwarteten Verteilung auf Basis des Stichprobendurchschnitts. Die Ergebnisse des Vorjahres hinsichtlich der Signifikanz können mit der aktuellen Analyse bestätigt werden.

Bei Betrachtung der signifikant unterschiedlichen Anteile an Upper-Kostenausreißern fällt – analog zum Vorjahr – auf, dass für die Krankenhausgruppe KHUniMax die Anzahl der Häuser mit einer Verteilung mit signifikant größerem Anteil an Upper-Kostenausreißern und für die Krankenhausgruppe KHAndere die Anzahl der Häuser mit einer Verteilung mit signifikant kleinerem Anteil an Upper-Kostenausreißern größer ist. Hinsichtlich der Lower-Kostenausreißer zeigt sich – wie im Datenjahr 2013 – die jeweils größere Anzahl an Krankenhäusern in beiden Krankenhausgruppen mit einem signifikant kleineren Anteil.

3.4.6.3 Durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio

In einem dritten Analyseschritt wurde die erwartete Belastung durch Kostenausreißer mit der tatsächlichen Belastung durch Kostenausreißer je Krankenhaus verglichen. Dazu wurde für jede DRG der sich aus den bisherigen Analysen ergebende Wert der durchschnittlichen Kostenunterdeckung oder Kostenüberdeckung aus Kostenausreißern je Fall ermittelt. Für ein individuelles Krankenhaus kann somit durch Multiplikation des DRG-bezogenen Wertes mit der individuellen Fallzahl des Krankenhauses je DRG der erwartete Belastungswert aus den Kostenausreißern für das Leistungsportfolio des Hauses berechnet werden. Dieser Wert wird zur Berücksichtigung der Krankenhausgröße durch die Gesamtfallzahl des Krankenhauses dividiert. Diesem theoretischen (Erwartungs-)Wert wird im finalen Schritt der tatsächlich beobachtete Wert je Fall aus den bisherigen Analysen gegenübergestellt. Das Volumen der Kostenüber- und -unterdeckungen in Summe über alle DRGs und Krankenhäuser entspricht da-

bei dem tatsächlich ermittelten Wert in der Analysemenge. Der Belastungswert ermittelt auf Basis des krankenhausesbezogenen Leistungsportfolios, ob sich im Vergleich zur Kalkulationsstichprobe eine höhere oder niedrigere durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall ergibt. Dabei weisen Krankenhäuser mit einem positiven Belastungswert eine im Vergleich zur Kalkulationsstichprobe geringere durchschnittliche Belastung und Krankenhäuser mit einem negativen Belastungswert eine höhere durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf.

Die Ergebnisse zeigt Abbildung 43, in der die Krankenhäuser nach dem Belastungswert je Krankenhaus absteigend sortiert sind. Für 154 Krankenhäuser liegt der Belastungswert oberhalb der Nulllinie und für 87 unterhalb der Nulllinie. Damit ist für die Mehrheit der Krankenhäuser die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall geringer, als im Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe aufgrund des individuellen Leistungsportfolios zu erwarten gewesen wäre.

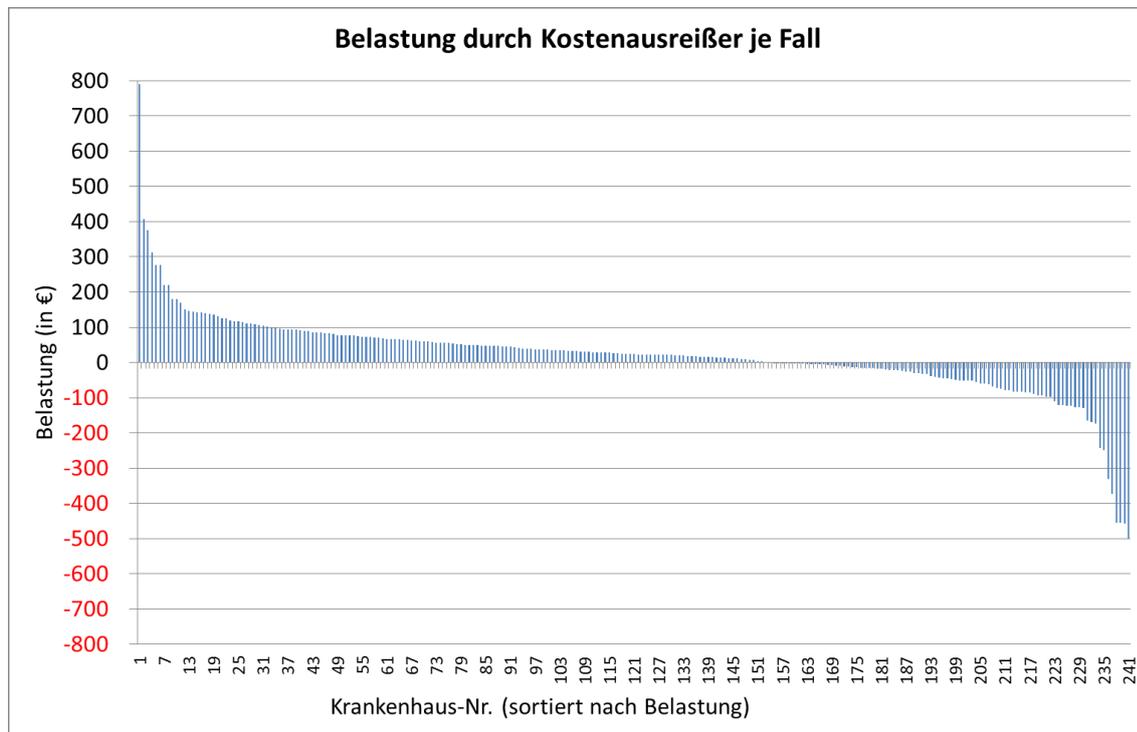


Abbildung 43: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall nach individuellem Leistungsportfolio, Datenjahr 2014

Die 154 Krankenhäuser oberhalb der Nulllinie zeichnen sich durch eine geringere durchschnittliche Fallzahl (ca. 11.000 Fälle) im Vergleich zu den 80 Krankenhäusern unterhalb der Nulllinie (ca. 18.500 Fälle) aus. Werden die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax aus der Betrachtung herausgenommen, zeigen die Krankenhäuser oberhalb und unterhalb der Nulllinie eine ähnliche durchschnittliche Fallzahl (ca. 10.600). Wird der jeweilige Anteil an Fachkliniken an den Krankenhäusern oberhalb und unterhalb der Nulllinie berechnet, zeigt sich hier nur ein geringer Unterschied; er liegt bei ca. 20% oberhalb und bei ca. 21% unterhalb der Nulllinie. Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass im Vergleich zum Vorjahr rund 94% der Kalkulationsteilnehmer identisch sind. Die qualitativen Ergebnisse aus den Analysen zum Datenjahr 2013 werden insgesamt damit durch die aktuellen Analysen bestätigt.

Abbildung 44 betrachtet den Belastungswert ausschließlich für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Alle Häuser weisen eine durchschnittliche negative Belastung aus. Für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax ist die Belastung durch Kostenausreißer je

Fall höher, als im Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe aufgrund des individuellen Leistungsportfolios zu erwarten gewesen wäre. Im Vorjahr lagen noch zwei Häuser oberhalb der Nulllinie und 15 Häuser unterhalb. Zu berücksichtigen ist dabei, dass zwar die Anzahl der Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax unverändert geblieben ist, die Zusammensetzung sich aber leicht verändert hat (vgl. Kap. 3.4.3).

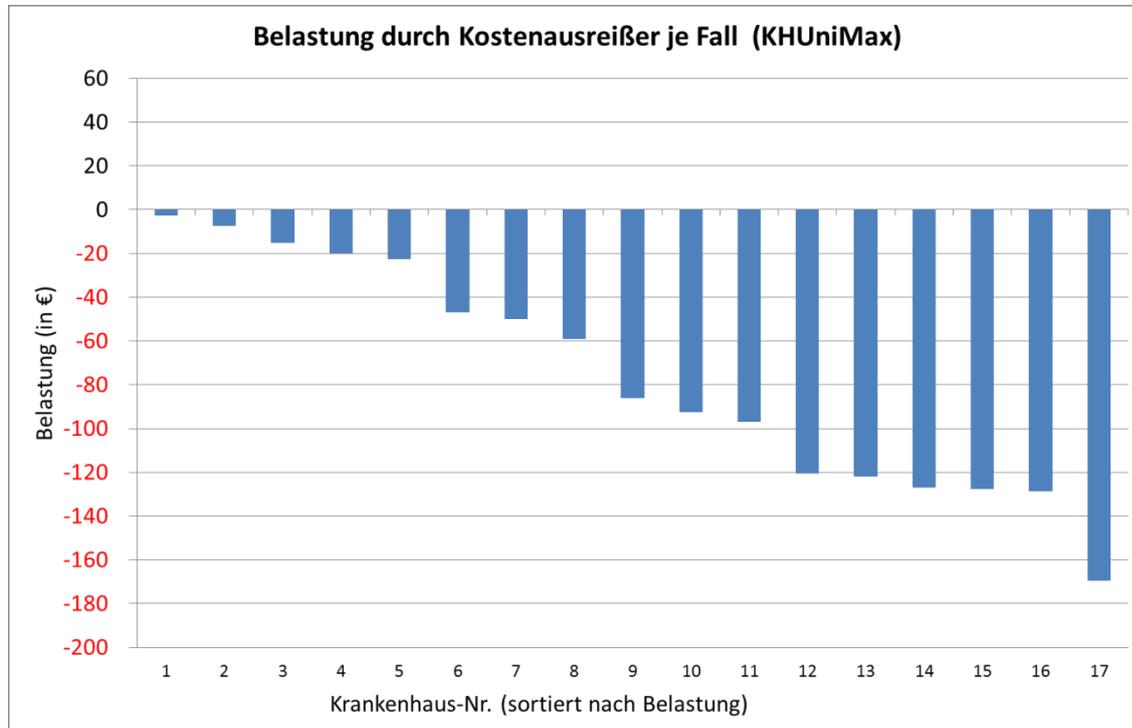


Abbildung 44: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall nach individuellem Leistungsportfolio in der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2014

Aus den vorgestellten Ergebnissen kann damit geschlossen werden, dass

1. die Fallzahl der Krankenhäuser als möglicher Indikator für die Größe eines Krankenhauses keinen Erklärungsbeitrag für die unterschiedliche Belastung durch Kostenausreißer liefert.
2. sich für Fachkliniken kein regelhafter positiver oder negativer Belastungswert ergibt.
3. die Zusammensetzung des krankenhausesindividuellen Leistungsportfolios einen Erklärungsbeitrag für die unterschiedliche Belastung durch Kostenausreißer liefert.

Analog zur Vorgehensweise bei der Verteilung der Anteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer kann für die Betrachtung der durchschnittlichen Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausesindividuellem Leistungsportfolio ein Kolmogorov-Smirnov-Test (vgl. Kap. 3.4.6.2) durchgeführt werden. Im Ergebnis zeigt dieser Test, dass für alle Krankenhäuser die Verteilung der erwarteten Belastung mit Kostenausreißern in den jeweiligen Leistungsportfolios signifikant von der Verteilung der beobachteten Belastung mit Kostenausreißern abweicht. Damit entspricht im Datenjahr 2014 kein Krankenhausportfolio im Sinne der Belastung mit Kostenausreißern dem durchschnittlichen Portfolio der Stichprobe. Vereinfacht formuliert: Kein Krankenhaus in der Analysegruppe zeichnet sich durch eine durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern bezogen auf das krankenhausesindividuelle Leistungsportfolio aus. Die individuellen Belastungen (Kostenunterdeckungen wie auch Kostenüberdeckungen) verteilen sich in allen Krankenhäusern der Analysegruppe auf die einzelnen DRGs in den krankenhausesindividuellen Leistungsportfolios nach einem vom Stichproben-

durchschnitt abweichenden Muster. Damit wird das Ergebnis der Analysen des Datenjahres 2013 durch die Analysen des Datenjahres 2014 bestätigt.

Zwischenfazit

1. Die Belastung durch Kostenausreißer ist unterschiedlich auf die Krankenhäuser verteilt.
2. Die Ergebnisse dieses Analyseteils zeigen, dass die durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern für die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax höher ist als für die Krankenhausgruppe KHAndere.
3. Der Anteil an Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax unterscheidet sich signifikant von dem Anteil an Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHAndere. Die meisten Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen eine überdurchschnittliche Belastung aus.

3.4.7 Korrelationsuntersuchungen zur Deckung der Kostenausreißer

Zur Beantwortung der Fragestellung, ob sich besonders mit Kostenausreißern belastete Krankenhäuser grundsätzlich mit vertretbarem Aufwand anhand von Strukturmerkmalen in den Leistungs-, Abrechnungs- und Kalkulationsdaten sachgerecht ermitteln lassen, wurde im Rahmen des Extremkostenberichts 2016 eine Reihe von Korrelationsuntersuchungen für die Variable „Deckung der Kostenausreißer“ durchgeführt. Gemäß den in Kapitel 1.2.2 dargestellten Eckpunkten wurden dabei verschiedene Variablen aus dem Kreis der Strukturmerkmale geprüft, beispielsweise Parameter des §-21-Datensatzes und/oder weitere hausbezogene Indikatoren wie die Bettenzahl oder der Spezialisierungsgrad.

3.4.7.1 Exkurs: Korrelation als Zusammenhangsmaß

Eine Korrelation beschreibt eine Beziehung bzw. einen Zusammenhang zwischen zwei oder mehreren statistischen Variablen wie z.B. bestimmten Merkmalen, Ereignissen, Zuständen oder Funktionen. Einer Korrelation muss dabei nicht notwendigerweise ein kausaler Zusammenhang zwischen den Variablen zugrunde liegen. Vielmehr werden verschiedene Korrelationsbegriffe unterschieden (siehe Tabelle 31):

Formale Korrelation	Die Variablen sind definitorisch miteinander verknüpft, z.B. die mittleren Kosten der Inlier einer DRG und das Relativgewicht der Hauptabteilung derselben DRG
Inhomogenitätskorrelation	Die Korrelation entsteht erst durch die Zusammenfassung von mehreren nicht zusammengehörigen Gruppen; Beispiel siehe Kapitel 3.4.6.3
Gemeinsamkeitskorrelation	Die Variablen werden durch eine oder mehrere weitere Variablen gemeinsam maßgeblich beeinflusst
Kausale Korrelation	Zwischen den Variablen besteht ein ursächlicher Zusammenhang

Tabelle 31: Verschiedene Korrelationsbegriffe¹²

Die formale Korrelation sowie Inhomogenitäts- und Gemeinsamkeitskorrelation werden oft auch „Scheinkorrelationen“ oder „Nonsenskorrelationen“ genannt, falls die Variablen in keinerlei sachlogischem Zusammenhang stehen.

¹² Siehe z.B. in **Sachs, L. (2013)**: Angewandte Statistik, Springer

Das Vorliegen einer Korrelation sagt somit nichts über einen funktionellen oder kausalen Zusammenhang zwischen den Variablen aus. Selbst wenn sich formale Korrelation, Inhomogenitäts- und Gemeinsamkeitskorrelation ausschließen lassen, kann nicht mit Sicherheit von einer kausalen Korrelation ausgegangen werden. Ein solcher kausaler Zusammenhang kann nicht mittels statistischer Methoden, sondern nur aus der Kenntnis der zugrunde liegenden Daten interpretiert werden.

In der Statistik wird der Zusammenhang zwischen zwei (oder mehreren) Variablen mit verschiedenen Zusammenhangsmaßen gemessen (z.B. mit dem Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson, dem Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizient, ...). Tabelle 32 zeigt Vor- und Nachteile verschiedener Korrelationskoeffizienten. Darüber hinaus ist die grafische Darstellung der Daten, z.B. in einem Streudiagramm oder Balkendiagramm, bei der Untersuchung von Korrelationen sehr wichtig, u.a. um Schwächen der berechneten Korrelationskoeffizienten zu begegnen. Bei Korrelationsanalysen ist es sinnvoll, die Interpretation grafischer Darstellungen und die Berechnung von Korrelationskoeffizienten zu kombinieren.

Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson

Der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson (siehe Abbildung 45) ist ein Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen zwei mindestens intervallskalierten Variablen. Die Grundannahme besteht also darin, dass die beiden Variablen (positiv oder negativ) affin linear zusammenhängen.

Formel des empirischen Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson:

Für eine Messreihe von gepaarten Ausprägungen $(x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_n, y_n)$ zweier Variablen X und Y wird der empirische Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson berechnet durch die Formel

$$K_{\text{Bravais-Pearson}} := \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 \sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}}$$

mit den arithmetischen Mittelwerten der Messreihen $\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$ und $\bar{y} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n y_i$.

Abbildung 45: Formel des empirischen Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson

Der Koeffizient ist dimensionslos und kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Bei einem Wert von +1 (bzw. -1) besteht ein vollständig positiver (bzw. negativer) affin linearer Zusammenhang zwischen den betrachteten Variablen. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert 0 hat, hängen die beiden Merkmale nicht affin linear voneinander ab. Sie können dann allerdings in nicht linearer Weise voneinander abhängen (siehe Abbildung 46). Sind die (Zufalls-) Variablen stochastisch unabhängig, nimmt der Korrelationskoeffizient den Wert 0 an; die umgekehrte Schlussfolgerung gilt hingegen nicht. Der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson ist aufgrund der Einbeziehung der Mittelwerte der Messreihen sehr anfällig gegenüber Ausreißern. Trotz seiner großen Schwächen ist der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson eine häufig verwendete Maßzahl.

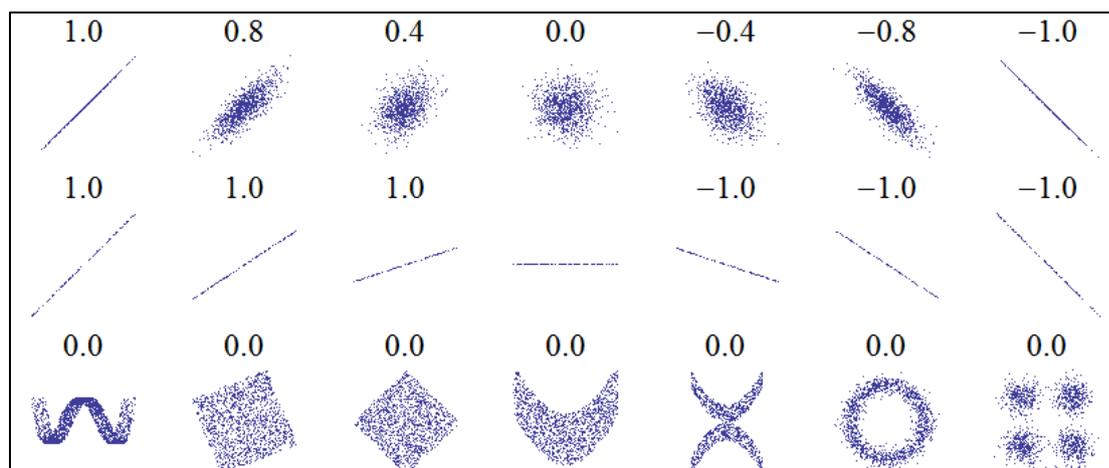


Abbildung 46: Beispielhafte Werte des empirischen Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson¹³

Quadrantenkorrelationskoeffizient

Der Quadrantenkorrelationskoeffizient ist ein robustes Zusammenhangsmaß, das (positive oder negative) monotone Zusammenhänge zwischen Merkmalsausprägungen zweier Variablen X und Y in sehr grober Weise bewertet. Dazu wird die zweidimensionale X - Y -Ebene mit Hilfe der Mediane \tilde{x} und \tilde{y} der beiden Messreihen x_1, x_2, \dots, x_n und y_1, y_2, \dots, y_n in vier Quadranten unterteilt. Der Korrelationskoeffizient berechnet sich aus der Anzahl der Ausprägungen in den Quadranten (siehe Abbildung 47).

Der Quadrantenkorrelationskoeffizient ist dimensionslos und kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Bei einem Wert von +1 sind für die Hälfte der Ausprägungspaare $(x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_n, y_n)$ die Messwerte jeweils größer als die Mediane und für die andere Hälfte die Messwerte jeweils kleiner als die Mediane. Bei einem Wert von -1 sind für die Hälfte der Ausprägungen die Messwerte der einen Variable jeweils größer als deren Median und die zugehörigen Messwerte der anderen Variable jeweils kleiner als deren Median, und umgekehrt.

In ähnlicher Weise ist der Fechner'sche Korrelationskoeffizient definiert. Der wesentliche Unterschied liegt vor allem darin, anstelle der Mediane die Mittelwerte der Messreihen zu verwenden. Damit ist der Fechner'sche Korrelationskoeffizient ebenso empfindlich gegenüber Ausreißern wie der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson. Er wird deshalb nicht gesondert betrachtet.

¹³ Quelle: https://en.wikipedia.org/wiki/Pearson_product-moment_correlation_coefficient#/media/File:Correlation_examples2.svg (Zugriff: 20.1.2016)

Formel des Quadrantenkorrelationskoeffizienten:

Für eine Messreihe von gepaarten Ausprägungen $(x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_n, y_n)$ zweier Variablen X und Y wird der Quadrantenkorrelationskoeffizient berechnet durch die Formel

$$K_{\text{Quadranten}} := \frac{N_{I+III} - N_{II+IV}}{N_{I+III} + N_{II+IV}} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \text{sign}(x_i - \tilde{x}) \text{sign}(y_i - \tilde{y})$$

mit der Signums- bzw. Vorzeichenfunktion $\text{sign}(z) = \begin{cases} -1, & z < 0 \\ 0, & z = 0. \\ 1, & z > 0 \end{cases}$

Dabei sind \tilde{x} und \tilde{y} die Mediane der beiden Messreihen x_1, x_2, \dots, x_n und y_1, y_2, \dots, y_n . N_{I+III} ist die Anzahl der Ausprägungen in den Quadranten I und III der durch die Mediane bestimmten Quadranten; N_{II+IV} ist entsprechend die Anzahl der Ausprägungen in den Quadranten II und IV.

Abbildung 47: Formel des Quadrantenkorrelationskoeffizienten

Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho)

Rangkorrelationskoeffizienten sind parameterfreie Zusammenhangsmaße, d.h. sie messen, wie gut eine beliebige monotone Funktion den Zusammenhang zwischen zwei Variablen beschreiben kann, ohne irgendwelche Annahmen über die Wahrscheinlichkeitsverteilung der Variablen zu treffen. Anders ausgedrückt, geben Rangkorrelationskoeffizienten an, wie ähnlich die Rangfolgen zweier Messreihen sind.

Formel des Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten:

Für eine Messreihe von gepaarten Ausprägungen $(x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_n, y_n)$ zweier Variablen X und Y wird der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient berechnet durch die Formel:

$$K_{\text{Spearman}} := \frac{\sum_{i=1}^n (\text{rg}(x_i) - \bar{\text{rg}}_x)(\text{rg}(y_i) - \bar{\text{rg}}_y)}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (\text{rg}(x_i) - \bar{\text{rg}}_x)^2 \sum_{i=1}^n (\text{rg}(y_i) - \bar{\text{rg}}_y)^2}}$$

Dabei bezeichnet $\text{rg}(x_i)$ den Rang der Ausprägung x_i in der (aufsteigend) sortierten Reihe der Messwerte x_1, x_2, \dots, x_n und analog $\text{rg}(y_i)$ den Rang der Ausprägung y_i in der (aufsteigend) sortierten Reihe der Messwerte y_1, y_2, \dots, y_n . Ferner sind $\bar{\text{rg}}_x = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \text{rg}(x_i) = (n+1)/2$ und $\bar{\text{rg}}_y = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \text{rg}(y_i) = (n+1)/2$ die Rangmittelwerte.

Abbildung 48: Formel des Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten

Im ersten Schritt wird beim Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten den Werten der Messreihen ihr Rang zugewiesen. Falls manche Ausprägungen identische Messwerte haben, wird ihnen der Mittelwert der Ränge zugewiesen, die sie erhalten hätten, wenn sie leicht unterschiedlich gewesen wären. Damit ist die Summe aller zugewiesenen Ränge gleich der Summe aller Zahlen von 1 bis n , nämlich $n(n+1)/2$. Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient berechnet sich als der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson für die Reihen der Messwertränge (siehe Abbildung 48). Er ist damit dimensionslos und nimmt Werte zwischen -1 und $+1$ an. Da nicht mehr die Ausprägungen an sich, sondern nur deren Ränge in die Berechnung des Korrelationskoeffizienten eingehen, ist der Koeffizient robust gegenüber Ausreißern. Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient nimmt nicht nur bei linearem

Zusammenhang der Variablen die Werte +1 und -1 an, sondern auch dann, wenn die Ausprägungen einen monoton wachsenden bzw. monoton fallenden Zusammenhang haben.

Kendall'scher Rangkorrelationskoeffizient (Kendalls Tau)

Im Gegensatz zum Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten verwendet der Kendall'sche Rangkorrelationskoeffizient nicht die Differenz der Ränge, sondern nur den Unterschied in den Rängen der Ausprägungen der beiden Variablen (siehe Abbildung 49). In der Regel weist der Kendall'sche Korrelationskoeffizient deshalb etwas kleinere Werte auf als der Spearman'sche Korrelationskoeffizient. Der Kendall'sche Korrelationskoeffizient ist hilfreich bei sehr kleinen Stichprobengrößen. Er ist dimensionslos und nimmt Werte zwischen -1 und +1 an, wobei der Wert +1 (bzw. -1) einen monoton wachsenden (bzw. monoton fallenden) Zusammenhang der beiden Variablen anzeigt.

Formel des Kendallschen Rangkorrelationskoeffizienten:

Die Messreihe von gepaarten Ausprägungen $(x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_n, y_n)$ zweier Variablen X und Y sei so sortiert, dass $x_1 \leq x_2 \leq \dots \leq x_n$ gelte.

Der Kendallsche Rangkorrelationskoeffizient wird dann berechnet durch die Formel:

$$K_{Kendall} := \frac{C - D}{\sqrt{(C + D + T_X)(C + D + T_Y)}}$$

Dabei sind

- $C := \sum_{i=1}^{n-1} |\{(x_j, y_j) : j > i, x_j > x_i, y_j > y_i\}|$ die Anzahl der konkordanten bzw. übereinstimmenden Paare,
- $D := \sum_{i=1}^{n-1} |\{(x_j, y_j) : j > i, x_j > x_i, y_j < y_i\}|$ die Anzahl der diskordanten bzw. un-einigen Paare,
- $T_Y := \sum_{i=1}^{n-1} |\{(x_j, y_j) : j > i, x_j \neq x_i, y_j = y_i\}|$ die Anzahl der Bindungen in Y und
- $T_X := \sum_{i=1}^{n-1} |\{(x_j, y_j) : j > i, x_j = x_i, y_j \neq y_i\}|$ die Anzahl der Bindungen in X .

Abbildung 49: Formel des Kendall'schen Rangkorrelationskoeffizienten

Die Anzahl der Bindungen in X und Y , $T_{XY} := \sum_{i=1}^{n-1} |\{(x_j, y_j) : j > i, x_j = x_i, y_j = y_i\}|$, geht – wie in Abbildung 49 zu sehen ist – nicht in die Berechnung des Kendall'schen Rangkorrelationskoeffizienten ein.

Da jedes Merkmalsausprägungspaar mit allen nachfolgenden Paaren verglichen werden muss, sind $n(n-1)/2$ Vergleiche, also Vergleiche in der Größenordnung $O(n^2)$ notwendig. Dies macht die Berechnung des Kendall'schen Korrelationskoeffizienten relativ aufwendig.

Distanzkorrelationskoeffizient

Der Distanzkorrelationskoeffizient¹⁴ ist ein Zusammenhangsmaß zweier Variablen beliebiger, nicht notwendigerweise gleicher Dimension. In die Berechnung des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten gehen die Abstände aller Messreihenwerte untereinander und ihre Mittelwerte ein (siehe Abbildung 50). Dies macht die Berechnung des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten für sehr große Messreihen sehr aufwendig.

Der Distanzkorrelationskoeffizient nimmt Werte zwischen 0 und 1 an. Er ist genau dann 0, wenn die Zufallsvariablen stochastisch unabhängig sind. Er ist größer als 0, wenn es einen

¹⁴ eingeführt erst im Jahr 2005 von **Székely, G. J. et al. (2007)**: Measuring and testing dependence by correlation of distances, The Annals of Statistics, Vol. 35, No. 6, 2.769–2.794.

gewissen Zusammenhang zwischen den Variablen gibt (siehe Abbildung 51). Im Gegensatz zu den übrigen Korrelationskoeffizienten, insbesondere zum Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson, liefert er Hinweise auch für nicht lineare bzw. nicht monotone Zusammenhänge (vgl. Abbildung 46 und Abbildung 51).

Formel des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten:

Für eine Messreihe von gepaarten Ausprägungen $(x_1, y_1), (x_2, y_2), \dots, (x_n, y_n)$ zweier Variablen X und Y wird der empirische Distanzkorrelationskoeffizient berechnet durch die Formel:

$$K_{Distanz} := \frac{\sum_{i,j=1}^n A_{ij}B_{ij}}{\sqrt{\sum_{i,j=1}^n A_{ij}^2 \sum_{i,j=1}^n B_{ij}^2}}$$

Dabei sind $A_{ij} := a_{ij} - \bar{a}_{i*} - \bar{a}_{*j} + \bar{a}_{**}$ und $B_{ij} := b_{ij} - \bar{b}_{i*} - \bar{b}_{*j} + \bar{b}_{**}$, wobei $a_{ij} := \|x_i - x_j\|_2$ und $b_{ij} := \|y_i - y_j\|_2$ die Euklidischen Abstände der Messreihen untereinander sowie ferner $\bar{a}_{i*} := \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n a_{ij}$, $\bar{a}_{*j} := \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n a_{ij}$, $\bar{a}_{**} := \frac{1}{n^2} \sum_{i,j=1}^n a_{ij}$ und $\bar{b}_{i*} := \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n b_{ij}$, $\bar{b}_{*j} := \frac{1}{n} \sum_{j=1}^n b_{ij}$, $\bar{b}_{**} := \frac{1}{n^2} \sum_{i,j=1}^n b_{ij}$ die Spalten-, Zeilen- bzw. Gesamtmittelwerte der (symmetrischen) Distanzmatrizen (a_{ij}) und (b_{ij}) sind.

Abbildung 50: Formel des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten

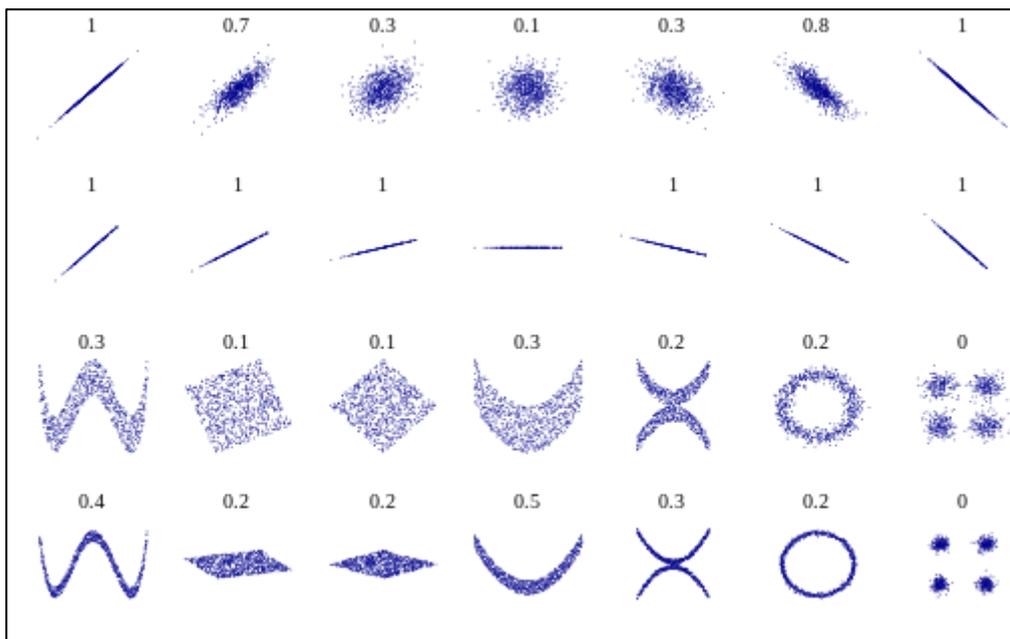


Abbildung 51: Beispielhafte Werte des Distanzkorrelationskoeffizienten¹⁵.

Tabelle 32 fasst die vorgestellten Korrelationskoeffizienten sowie deren Vor- und Nachteile noch einmal zusammen.

¹⁵ Quelle: https://en.wikipedia.org/wiki/Distance_correlation#/media/File:Distance_Correlation_Examples.svg (Zugriff: 20.1.2016).

Korrelationsmaß	Maß für ...	Vorteile	Nachteile
Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson	affin lineare Zusammenhänge	- leicht und schnell zu berechnen - standardisiert - symmetrisch	- empfindlich gegenüber Ausreißern
Quadrantenkorrelationskoeffizient	monotone Zusammenhänge	- leicht und schnell zu berechnen - standardisiert - symmetrisch - robust gegenüber Ausreißern	- sehr grobes Maß
Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient	monotone Zusammenhänge	- leicht und schnell zu berechnen - standardisiert - symmetrisch - robust gegenüber Ausreißern	- grobes Maß - setzt implizit voraus, dass benachbarte Ränge immer den gleichen Abstand haben
Kendall'scher Rangkorrelationskoeffizient	monotone Zusammenhänge	- standardisiert - symmetrisch - robust gegenüber Ausreißern	- relativ aufwendig in der Berechnung für sehr große Messreihen - grobes Maß
Distanzkorrelationskoeffizient	„allgemeine“ Zusammenhänge	- Charakterisierung der Unabhängigkeit der Variablen möglich - standardisiert - symmetrisch	- sehr aufwendig in der Berechnung für große Messreihen

Tabelle 32: Übersicht über die verschiedenen Korrelationskoeffizienten

3.4.7.2 Methodisches Vorgehen der Korrelationsuntersuchungen für die Deckung der Kostenausreißer

Gemäß dem Auftrag der Selbstverwaltungspartner ist zu untersuchen, ob und ggf. mit welchen Merkmalen bzw. Variablen sich mit Kostenausreißern besonders belastete Krankenhäuser ermitteln lassen. Um diese Fragestellung zu untersuchen, wurden Korrelationsanalysen für die Variable (mittlere) Deckung der Kostenausreißer durchgeführt. Dabei wurden für eine Reihe von verschiedenen Variablen mögliche Zusammenhänge geprüft. Konkret wurden folgende Merkmale untersucht, die sich direkt oder indirekt aus dem §-21-Datensatz ableiten lassen:

- Alter des Patienten
- Anzahl (verschiedener) Diagnosen des Patienten
- Anzahl kodierter Prozeduren des Patienten
- Ausreißeranzahl bzw. -anteil des Krankenhauses
- Bettenzahl des Krankenhauses
- Case-Mix des Krankenhauses
- Case-Mix-Index des Krankenhauses
- DRG-Anzahl des Krankenhauses

- Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus
- Fallanzahl des Krankenhauses
- Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten
- Mittlere Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses
- Patientenbezogener Gesamtschweregrad PCCL des Patienten
- (Relative) Verweildauer des Patienten

Untersucht wurden die Krankenhausgruppen KHAndere, KHUniMax und KHAlle (alle Krankenhäuser) und die Leistungsgruppen DRGAlle (alle DRGs), DRGAVL, DRGSVL, DRGRegelVUD und DRGMaxVUD.

Für jede Variable und für jede Kombination aus Krankenhausgruppe und Leistungsgruppe wurden die fünf in Kapitel 3.4.7.1 vorgestellten Korrelationskoeffizienten (Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson, Quadrantenkorrelationskoeffizient, Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient, Kendall'scher Rangkorrelationskoeffizient und Distanzkorrelationskoeffizient) berechnet. Zusätzlich wurde eine große Anzahl von Streudiagrammen ausgewertet. Wie in Kapitel 3.4.7.1 ausgeführt, werden somit nicht nur lineare Zusammenhänge, sondern auf verschiedene Weisen monotone und sogar noch allgemeinere Zusammenhänge für mögliche Korrelationen erwogen und überprüft.

Neben der Auswertung auf Einzelfallebene erfolgte eine Vielzahl von aggregierten Auswertungen, wobei dort die einzelnen Fälle anhand bestimmter Kriterien in Gruppen zusammengefasst wurden. Betrachtet wurde u.a. die Mittelung der Falldaten bezüglich

- der Krankenhäuser,
- der Entfernungsklassen (50, 100 bzw. 500 gleich große Klassen),
- der Klassen nach effektivem Relativgewicht (50, 100 bzw. 500 gleich große Klassen),
- der Verweildauerklassen (10 möglichst gleich große Klassen),
- der Altersklassen (10, 20 bzw. 30 möglichst gleich große Klassen) sowie
- weiterer Krankenhausklassen (Fallanzahl- und Ausreißeranzahlgrößenklassen, Case-Mix-Klassen, Case-Mix-Index-Klassen, Bettenzahlklassen, Entfernungsklassen über die mittlere Entfernung bzw. die 90%-Quantils-Entfernung; je 20 bzw. 50 gleich große Klassen).

Die Berechnung der Korrelationskoeffizienten und die Auswertung erfolgten jeweils ungewichtet und fallzahlgewichtet. Ungewichtet bedeutet, dass z.B. bei Mittelung der Daten bezüglich der Krankenhäuser jedes Krankenhaus mit demselben Gewicht in die Berechnung der Korrelationskoeffizienten eingeht, unabhängig davon, wie viele Kostenausreißer die Krankenhäuser aufweisen. Bei der fallzahlgewichteten Berechnung geht im genannten Beispiel jedes Krankenhaus mit einem Gewicht gemäß der Anzahl seiner Kostenausreißer in die Berechnung ein.

Die in Kapitel 3.4.7.3 präsentierten Grafiken und Diagramme (Abb. 52–55) zeigen die bezüglich der Krankenhäuser aggregierten Fälle auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2014. Die Balkendiagramme auf der rechten Seite zeigen sowohl die ungewichtet (ung.) als auch die fallzahlgewichtet (fzg.) berechneten Korrelationskoeffizienten. Ferner zeigen die Streudiagramm-Darstellungen auf der linken Seite als grobe Orientierungshilfe die linearen Regressionsgeraden bezüglich der Krankenhausgruppen KHAndere, KHUniMax und KHAlle, was jedoch ausdrücklich nicht bedeutet, dass nur lineare Zusammenhänge untersucht wurden. Aufgrund des Beschlusses der Selbstverwaltungspartner, keine Daten zu veröffentlichen, die Rückschlüsse auf die finanzielle Situation einzelner Krankenhäuser ermöglichen, wurde bei einigen Diagrammen auf eine Skalierung der Abszissenachse verzichtet.

3.4.7.3 Aufdeckung von Inhomogenitätskorrelationen

Bei der Suche nach kausalen Korrelationen ist u.a. der Ausschluss von Inhomogenitätskorrelationen notwendig. Dieser Abschnitt zeigt, wie sie erkannt werden können und für welche Variablen derartige Korrelationen gefunden wurden. Am Beispiel der Aufdeckung von Inhomogenitätskorrelationen wird zudem ersichtlich, wie wichtig es ist, neben den berechneten Korrelationskoeffizienten auch die zugehörigen (Streu-)Diagramme zu betrachten.

Berechnet man die Korrelationskoeffizienten für die Messreihen der mittleren Deckung der Kostenausreißer und der Anzahl der Kostenausreißer (Abbildung 52 zeigt dies für die Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL, DRGRegelVUD), so deuten die negativen Werte bei den fallzahlgewichteten Korrelationskoeffizienten in der Krankenhausgruppe KHAlle schwach auf einen negativen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen hin. Insbesondere der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson in Höhe von ca. -0,4 könnte zu einer vermeintlichen Schlussfolgerung wie „Je höher die Anzahl der Kostenausreißer (bei den allgemeinen Versorgungsleistungen), desto höher die Unterdeckung der Kostenausreißer“ verführen.

Werden die beiden Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax gesondert betrachtet (siehe hierzu die Balkendiagramme der Korrelationskoeffizienten auf der rechten Seite in Abbildung 52), so wird ersichtlich, dass offensichtlich Inhomogenitätskorrelationen vorliegen, d.h. Korrelationen, die erst durch die Zusammenfassung von mehreren nicht zusammengehörigen Gruppen entstehen. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax lässt sich überhaupt kein oder nur ein sehr schwacher (linearer) Zusammenhang zwischen den beiden Variablen finden (die rot gestrichelten Linien in Abbildung 52 verlaufen nahezu waagrecht; die Korrelationskoeffizienten sind nahe 0 und haben zum Teil sogar unterschiedliche Vorzeichen). Für die Krankenhausgruppe KHAndere steigen die linearen Regressionsgeraden in Abbildung 52 sogar an, was bedeutet, dass mit steigender Ausreißeranzahl die mittlere Deckung der Kostenausreißer steigt. Erst durch die Zusammenfassung beider Krankenhausgruppen entsteht hier vermeintlich ein negativer Zusammenhang. Die Schlussfolgerung „Je höher die Anzahl der Kostenausreißer, desto höher die Unterdeckung der Kostenausreißer“ ist also nicht haltbar.

Bei den Leistungsgruppen der speziellen Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD wurde keine ausgeprägte Korrelation zwischen der Ausreißeranzahl und der Deckung der Kostenausreißer gefunden (siehe Abbildung 53): Die berechneten Korrelationskoeffizienten sind nahe 0 und weisen zum Teil unterschiedliche Vorzeichen auf. Wenn überhaupt (eher für die Leistungsgruppe DRGMaxVUD als für die Leistungsgruppe DRGSVL), lassen sich auch für diese Leistungsgruppen schwache Inhomogenitätskorrelationen erkennen.

Sehr ähnliche Ergebnisse für Inhomogenitätskorrelationen lassen sich für all jene Variablen finden, die sehr stark mit den jeweiligen Krankenhausgruppen verbunden sind, z.B. Bettenzahl (siehe Abbildung 54 und Abbildung 55), Fallanzahl (siehe Abbildung 56 und Abbildung 57), Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten (siehe Abbildung 58 und Abbildung 59), Case-Mix (siehe Abbildung 60 und Abbildung 61) Case-Mix-Index (siehe Abbildung 62 und Abbildung 63) und DRG-Anzahl (Abbildung 64 und Abbildung 65). Bezüglich dieser Merkmale hat die Krankenhausgruppe KHUniMax jeweils eher hohe Ausprägungswerte und die Krankenhausgruppe KHAndere jeweils eher niedrige Merkmalsausprägungen, sodass für diese Variablen bezüglich der Krankenhausgruppe KHAlle ein negativer Zusammenhang mit der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer zu bestehen scheint. Da sich diese Zusammenhänge in den einzelnen Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax jedoch allenfalls sehr schwach, meist aber nicht oder gar gegenläufig beobachten lassen, liegen ebenfalls Inhomogenitätskorrelationen vor. Ein Vergleich der Streudiagramme für Ausreißeranzahl, Bettenzahl, Fallanzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten und Case-Mix zeigt starke Ähnlichkeiten der Punktwolken. Dies deutet darauf hin, dass die Variablen denselben Sachverhalt widerspiegeln. Von den genannten Streudiagrammen unterscheiden sich die Streudiagramme für die Variablen Case-Mix-Index und DRG-Anzahl sichtbar. Doch auch bezüglich dieser Variablen lassen sich in den Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD Inhomogenitätskorrelationen ausfindig machen. Zwar lässt sich bei der

Variable Case-Mix-Index für die Krankenhausgruppe KHAndere ein mäßiger negativer Zusammenhang erkennen. Dieser wird in der Gesamtbetrachtung jedoch erst durch Hinzunahme der Krankenhausgruppe KHUniMax deutlicher, für die allerdings kein (bezüglich der Leistungsgruppe DRGAlle) oder sogar ein positiver Zusammenhang (bezüglich der Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD) besteht.

Auch für die in Kapitel 3.4.7.5 ausführlich diskutierte Variable „Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus“ lassen sich Inhomogenitätskorrelationen zeigen.

Zwischenfazit

Das eigentliche Ziel von Korrelationsanalysen ist das Auffinden kausaler Korrelationen, die einen Zusammenhang zwischen zwei Variablen mit Regeln wie z.B. „Je mehr/weniger ... desto höher/niedriger ...“ bei monotonen Zusammenhängen beschreiben. Davon zu unterscheiden sind Inhomogenitätskorrelationen, die zwar einen Zusammenhang zwischen den Variablen beschreiben, der jedoch erst durch Zusammensetzung zweier unterschiedlicher Teilgruppen entsteht, für die – allein betrachtet – dieser Zusammenhang nicht besteht. Umgangssprachlich wird deshalb von Scheinkorrelationen gesprochen, da sie nur einen scheinbaren Zusammenhang beschreiben. Inhomogenitätskorrelationen beschreiben keine kausalen Zusammenhänge. Sie eignen sich deshalb nicht, um das Verhalten der einen Variablen mit der anderen Variable zu beschreiben. Aus diesen Gründen eignen sich zur Erklärung der Deckung der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD folgende Variablen nicht:

- Ausreißeranzahl des Krankenhauses
- Bettenzahl des Krankenhauses
- Fallanzahl des Krankenhauses
- Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten
- Case-Mix des Krankenhauses
- Case-Mix-Index der Krankenhauses
- DRG-Anzahl des Krankenhauses
- Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus (siehe Kap. 3.4.7.5)

Für die Leistungsgruppen der spezialisierten Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD wurden für die genannten Variablen keinerlei Korrelationen mit der Deckung der Kostenausreißer gefunden.

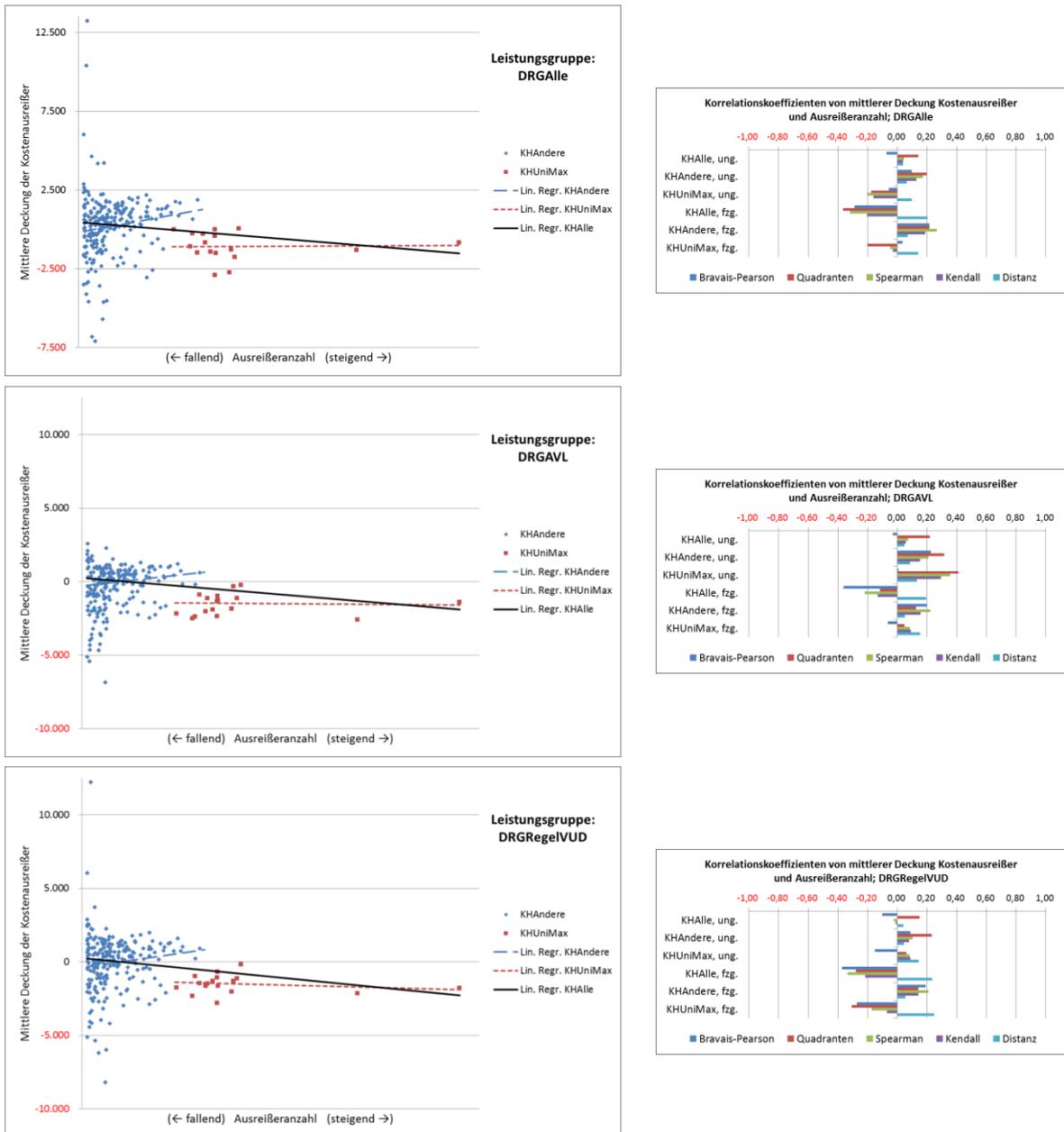


Abbildung 52: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Ausreißeranzahl, Leistungsgruppen DRGAle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

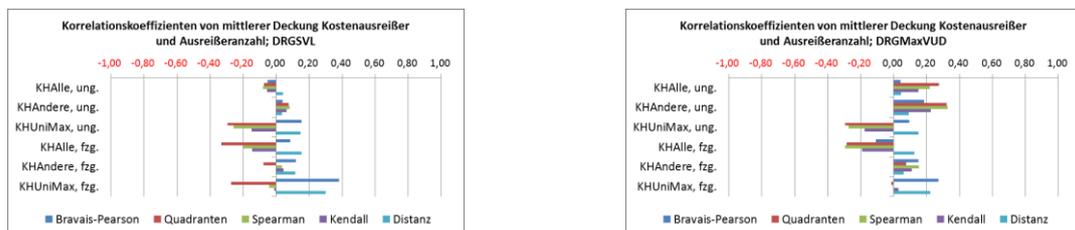


Abbildung 53: Berechnete Korrelationskoeffizienten für die Ausreißeranzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

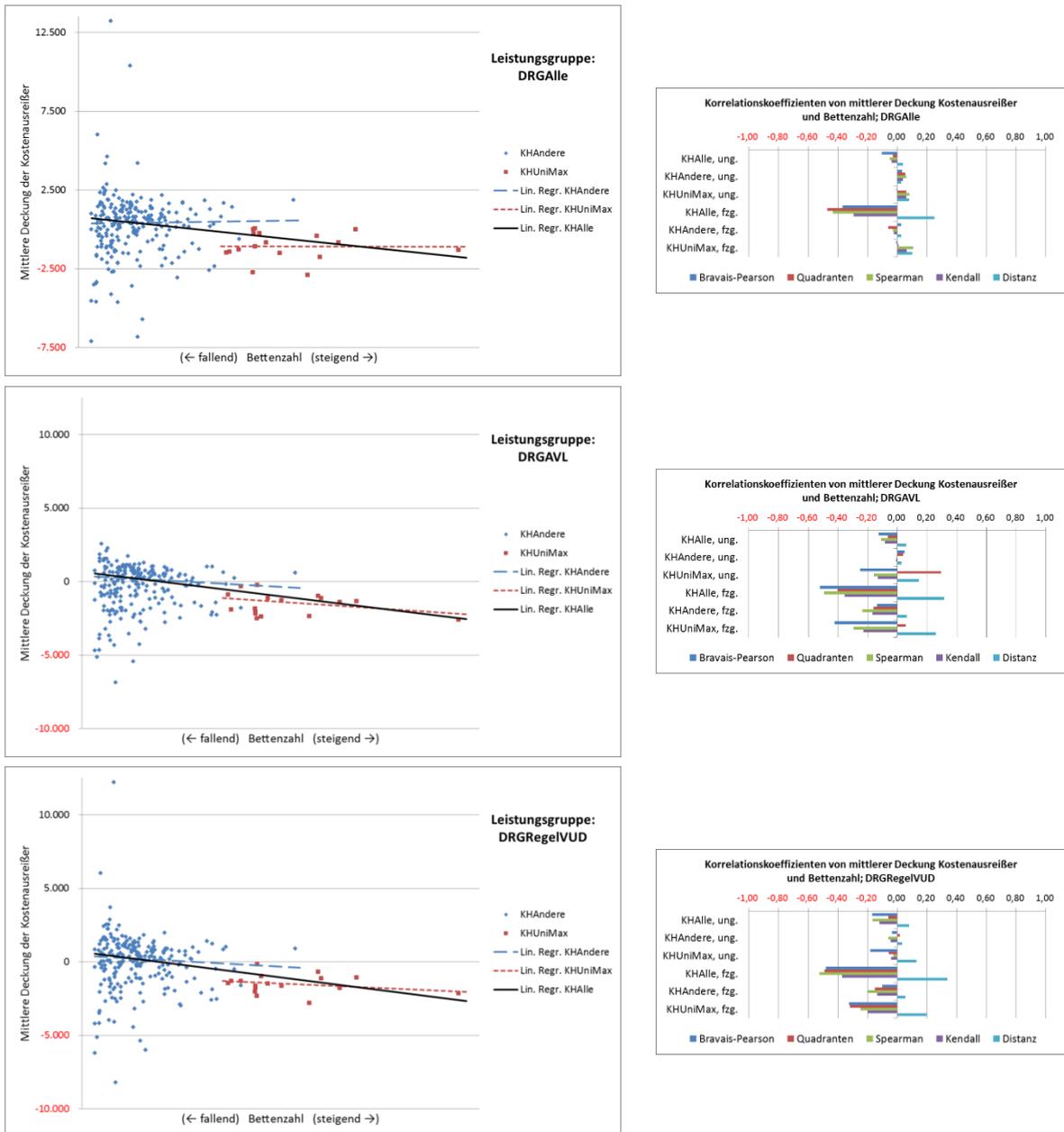


Abbildung 54: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Bettenzahl, Leistungsgruppen DRGAle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

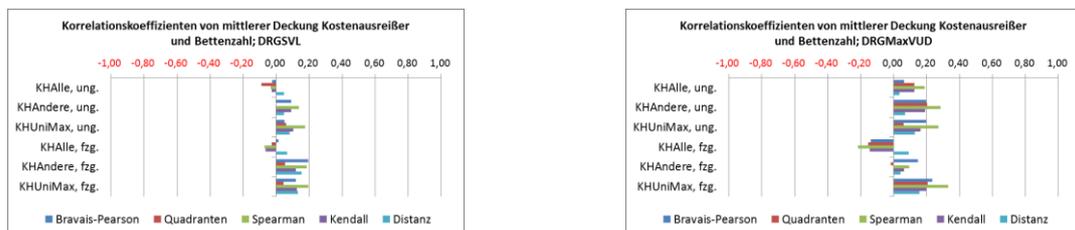


Abbildung 55: Berechnete Korrelationskoeffizienten für die Bettenzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

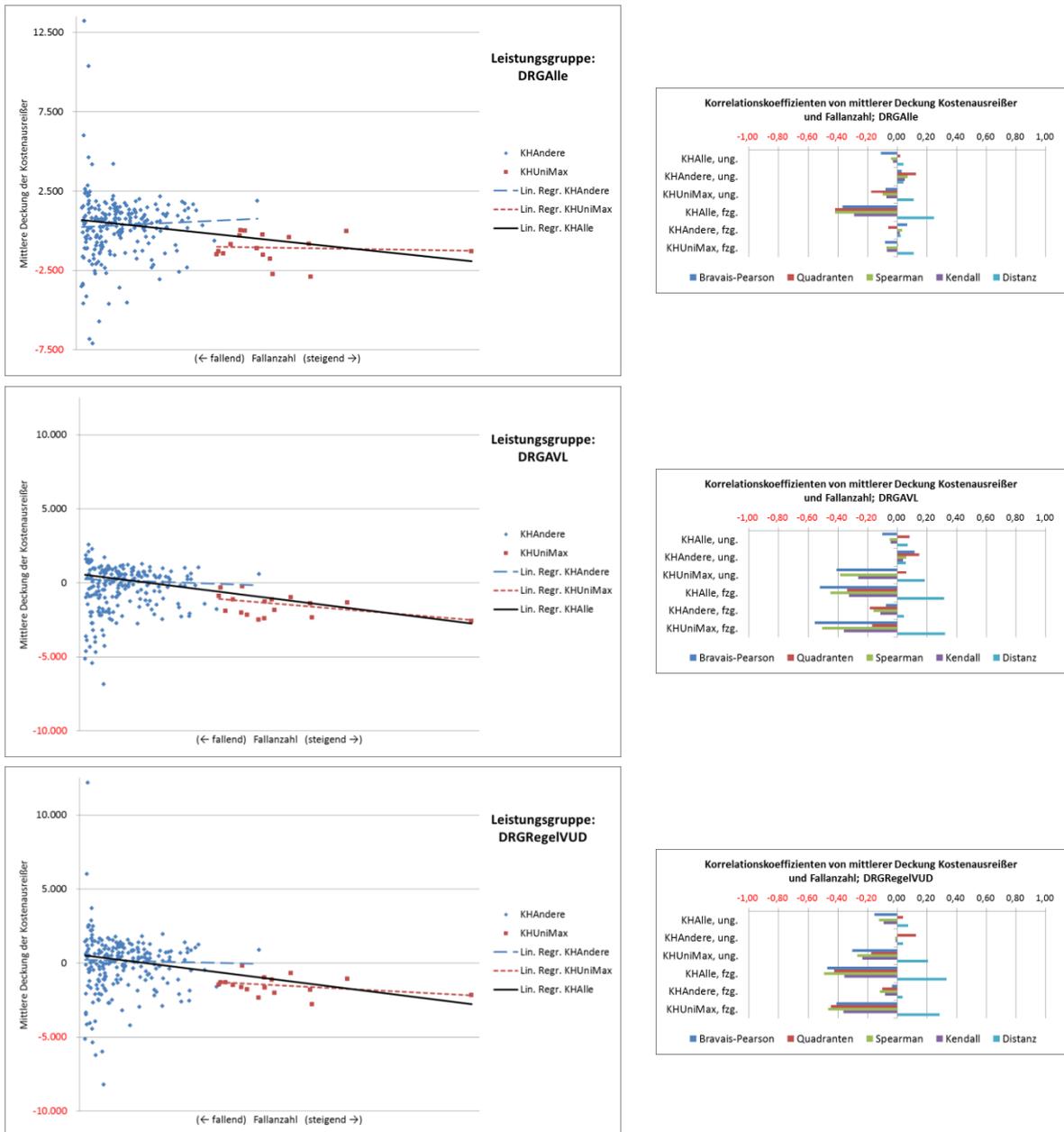


Abbildung 56: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Fallanzahl, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

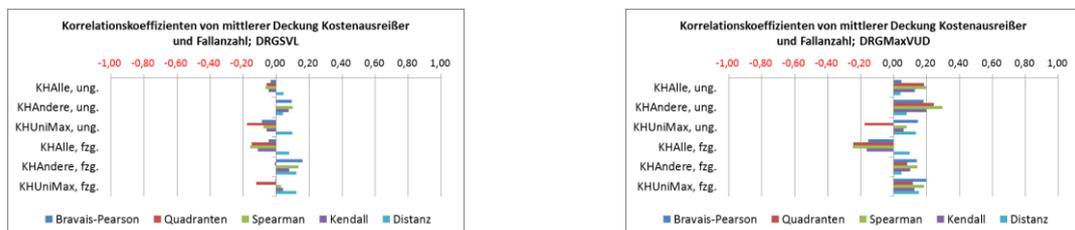


Abbildung 57: Berechnete Korrelationskoeffizienten für die Fallanzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

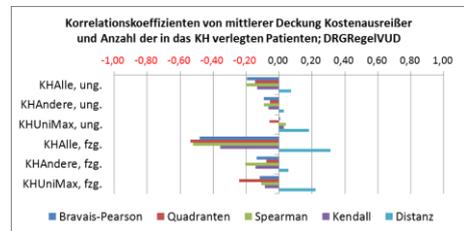
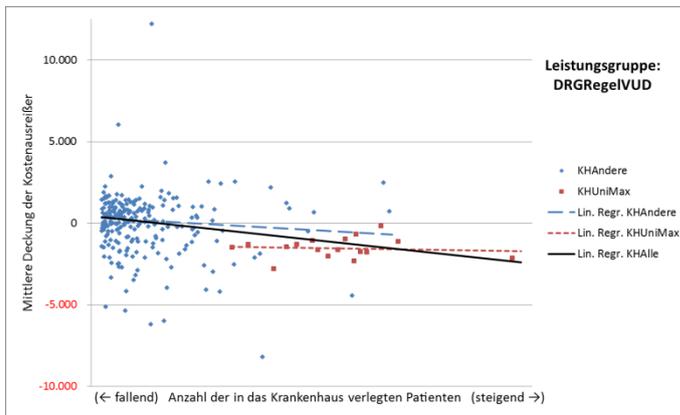
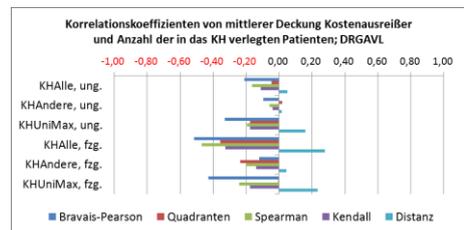
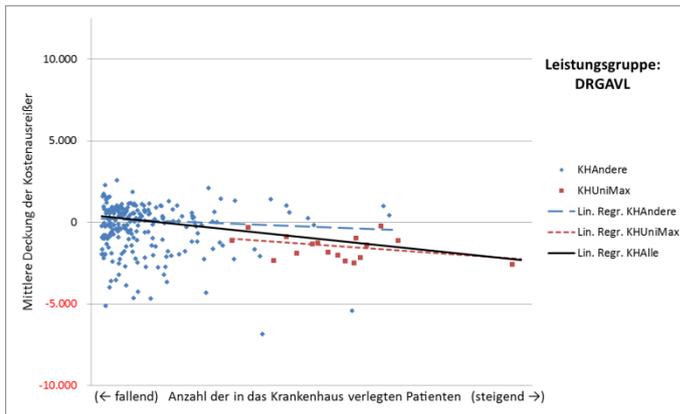
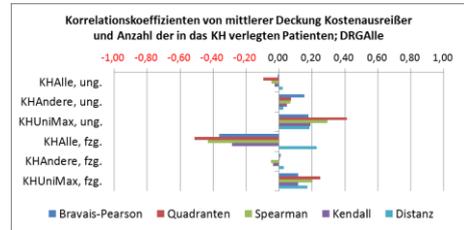
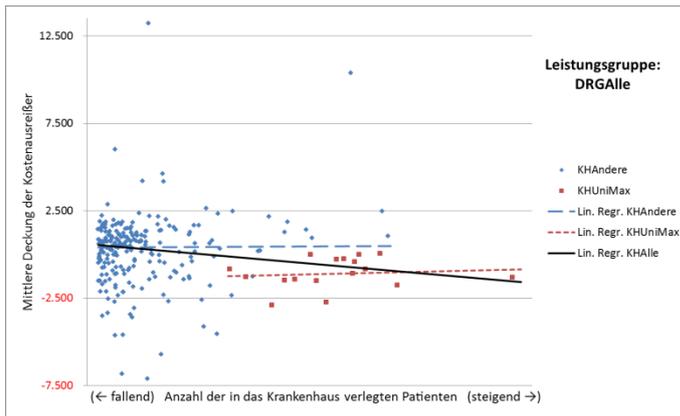


Abbildung 58: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Leistungsgruppen DRGAAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

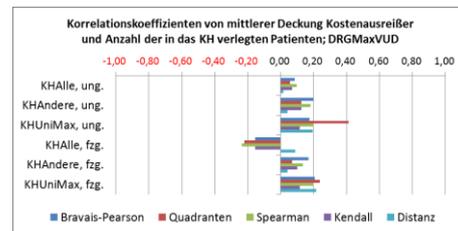
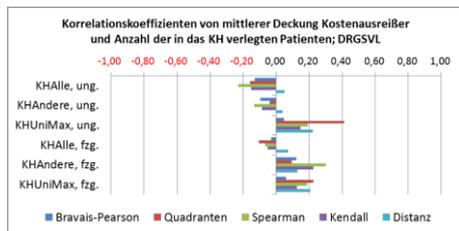


Abbildung 59: Berechnete Korrelationskoeffizienten für die Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

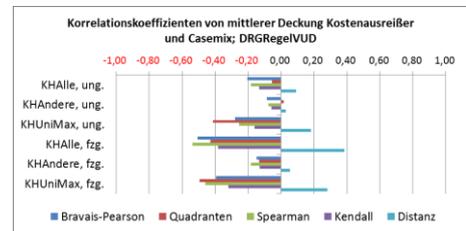
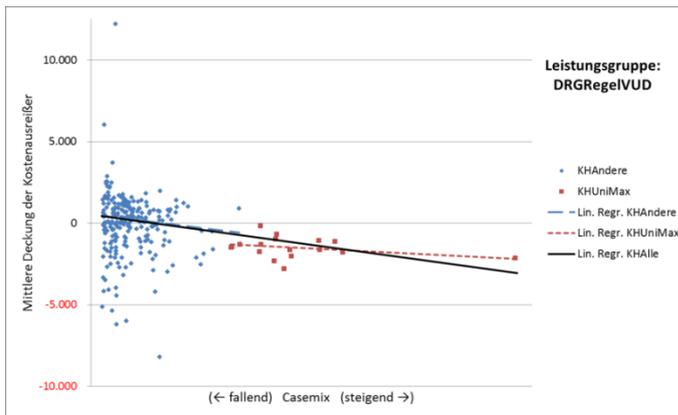
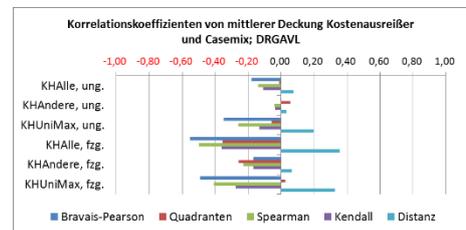
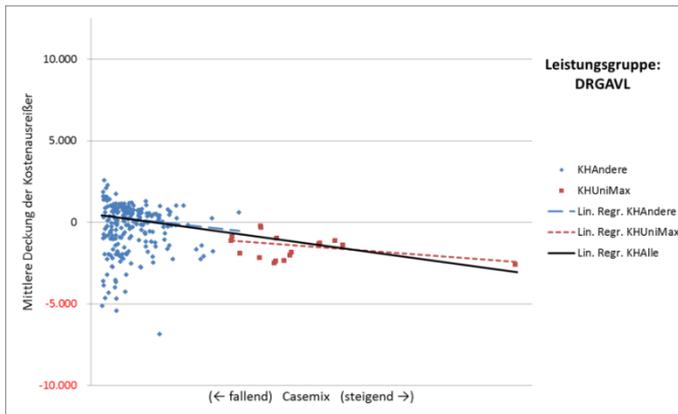
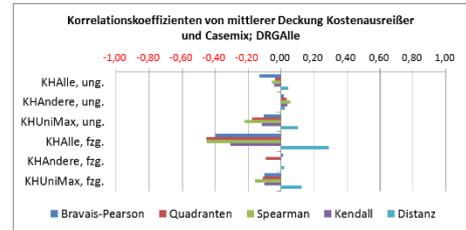
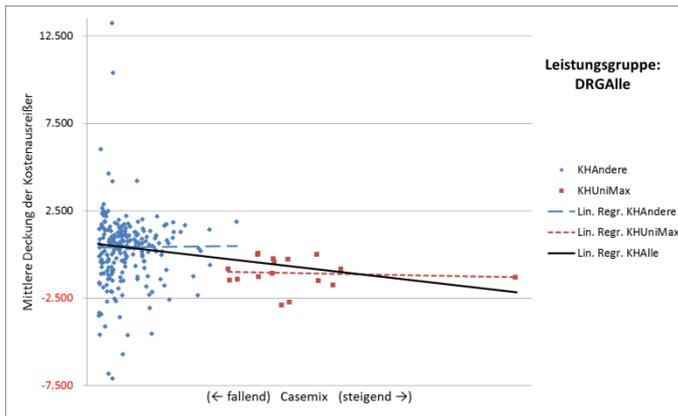


Abbildung 60: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den Case-Mix, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

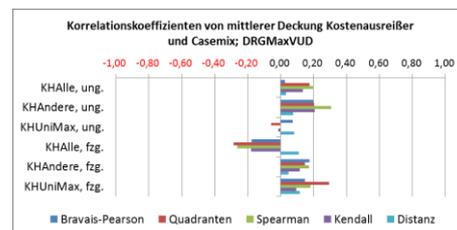
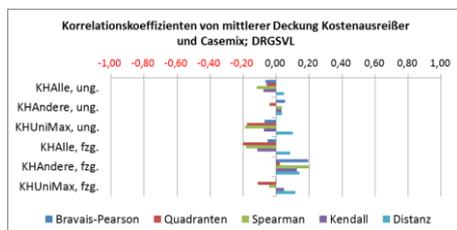


Abbildung 61: Berechnete Korrelationskoeffizienten für den Case-Mix, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

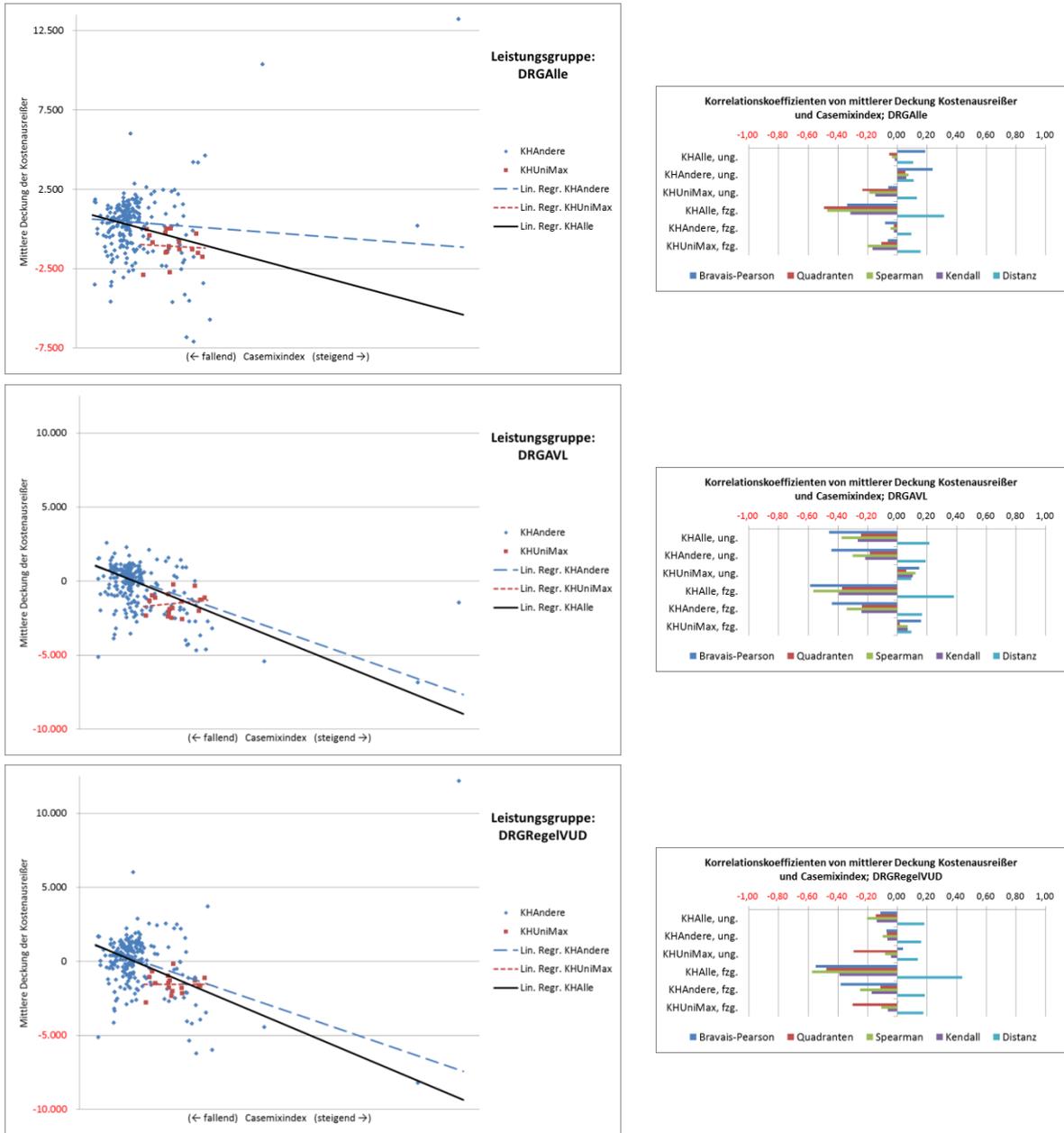


Abbildung 62: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den Case-Mix-Index, Leistungsgruppen DRGAle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

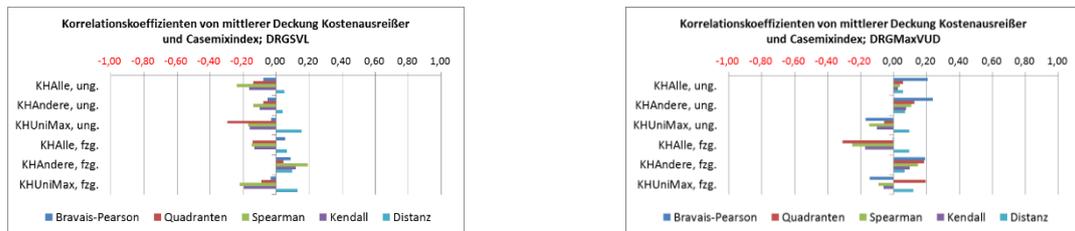


Abbildung 63: Berechnete Korrelationskoeffizienten für den Case-Mix-Index, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

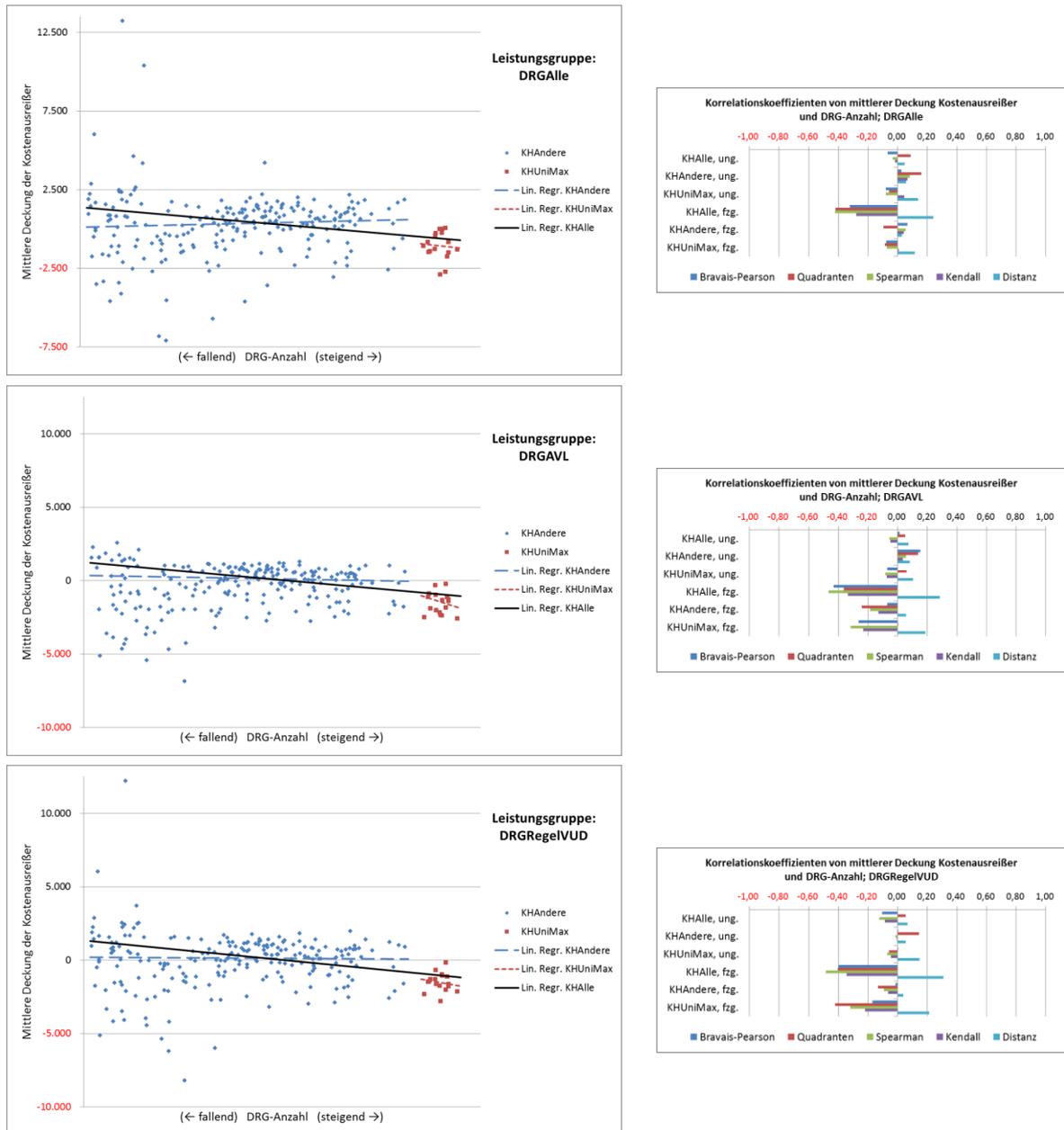


Abbildung 64: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die DRG-Anzahl, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

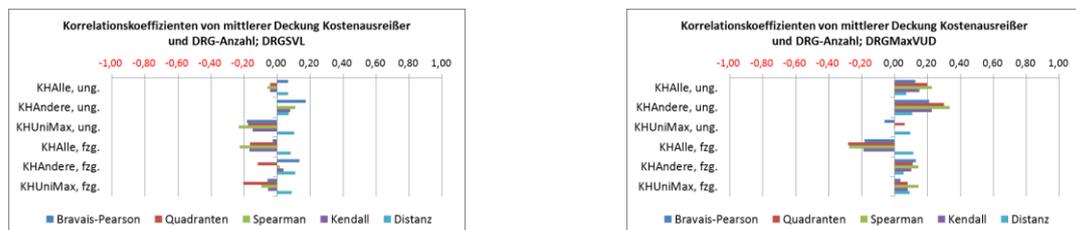


Abbildung 65: Berechnete Korrelationskoeffizienten für die DRG-Anzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

3.4.7.4 Korrelationen mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer

Im Zuge der Korrelationsuntersuchungen hinsichtlich der Deckung der Kostenausreißer wurden als weitere Variablen das Alter des Patienten, die Anzahl seiner (verschiedenen) Diagnosen und Prozeduren, sein patientenbezogener Gesamtschweregrad PCCL, seine (relative) Verweildauer und die mittlere Deckung der Between-Fälle seiner DRG seines Krankenhauses analysiert.

Für die Variablen Anzahl (verschiedener) Diagnosen und Verweildauer wurden dabei zwar gewisse Korrelationen mit der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer festgestellt, sie sind im Vergleich jedoch noch stärker für die Variablen patientenbezogener Gesamtschweregrad PCCL bzw. relative Verweildauer ausgeprägt. Auf eine gesonderte Darstellung jener Variablen wird im Extremkostenbericht zugunsten der stärker korrelierenden Variablen verzichtet. Keine Korrelation mit der Deckung der Kostenausreißer wurde für die Variable Alter des Patienten festgestellt, worauf im Folgenden ebenfalls nicht näher eingegangen wird.

Relative Verweildauer

In den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD lässt sich für alle drei Krankenhausgruppen (KHAndere, KHUniMax, KHAlle) ein negativer Zusammenhang zwischen der relativen Verweildauer des Patienten und der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer messen (siehe Abbildung 66, betragsmäßig sind die Korrelationskoeffizienten deutlich größer als 0,6). Die relative Verweildauer berechnet sich dabei als Quotient aus der Verweildauer des Kostenausreißers geteilt durch die mittlere Verweildauer der jeweiligen DRG. Werte für die relative Verweildauer von kleiner als 1 weisen dabei auf eine eher kurze Verweildauer (d.h. kürzer als die mittlere Verweildauer), Werte größer 1 auf eine eher lange Verweildauer (d.h. länger als die mittlere Verweildauer) hin.

Abbildung 67 zeigt exemplarisch für die Leistungsgruppe DRGAVL die Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer in einem vergrößerten Ausschnitt mit einer Verweildauer im Bereich des 0,4- bis 1,8-fachen der mittleren Verweildauer. In diesem Verweildauerbereich liegen typischerweise die Inlier einer DRG. Im Rahmen dieser Analyse können jedoch auch Kurzlieger oder Langlieger in diesen Bereich fallen. Hier ist gut zu erkennen, dass die beobachtete Korrelation in diesem Bereich offenbar stark definitorisch geprägt ist. Sie erfüllt damit gemäß Tabelle 31 die Voraussetzungen einer formalen Korrelation. Im Inlierbereich zwischen der unteren Grenzverweildauer (bei ca. einem Drittel der mittleren Verweildauer) und der oberen Grenzverweildauer (bei ca. dem 1,5- bis 2,0-fachen der mittleren Verweildauer) steigen die Kosten mit zunehmender Verweildauer an. Da alle Inlier auf Erlösseite dasselbe Relativgewicht erhalten, ergibt sich bei gleichem Erlös und steigenden Kosten mit zunehmender Verweildauer eine geringere Deckung. Wie Abbildung 66 zeigt, nimmt die Korrelation für eine Verweildauer größer der 2,0-fachen mittleren Verweildauer ab.

Ein entsprechendes Resultat lässt sich für die Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD – auf den ersten Blick etwas überraschend – so nicht beobachten (siehe Abbildung 68: Die Korrelationskoeffizienten sind nahe 0, die Punktwolken in den Streudiagrammen wirken sehr zufällig verteilt, die Regressionsgeraden als grobe Trendlinien verlaufen waagrecht). Die sehr große Überdeckung der Kostenausreißer für drei Krankenhäuser in der Leistungsgruppe DRGSVL resultiert aus gerade einmal fünf Fällen, weshalb sie in die fallzahlgewichtete Betrachtung nur geringfügig eingehen. Um die Sicht auf die Leistungsgruppe DRGSVL nicht durch dieses statistische Artefakt zu verzerren, wird für die Punktwolke dieser Leistungsgruppe jeweils auch ein vergrößerter Ausschnitt dargestellt.

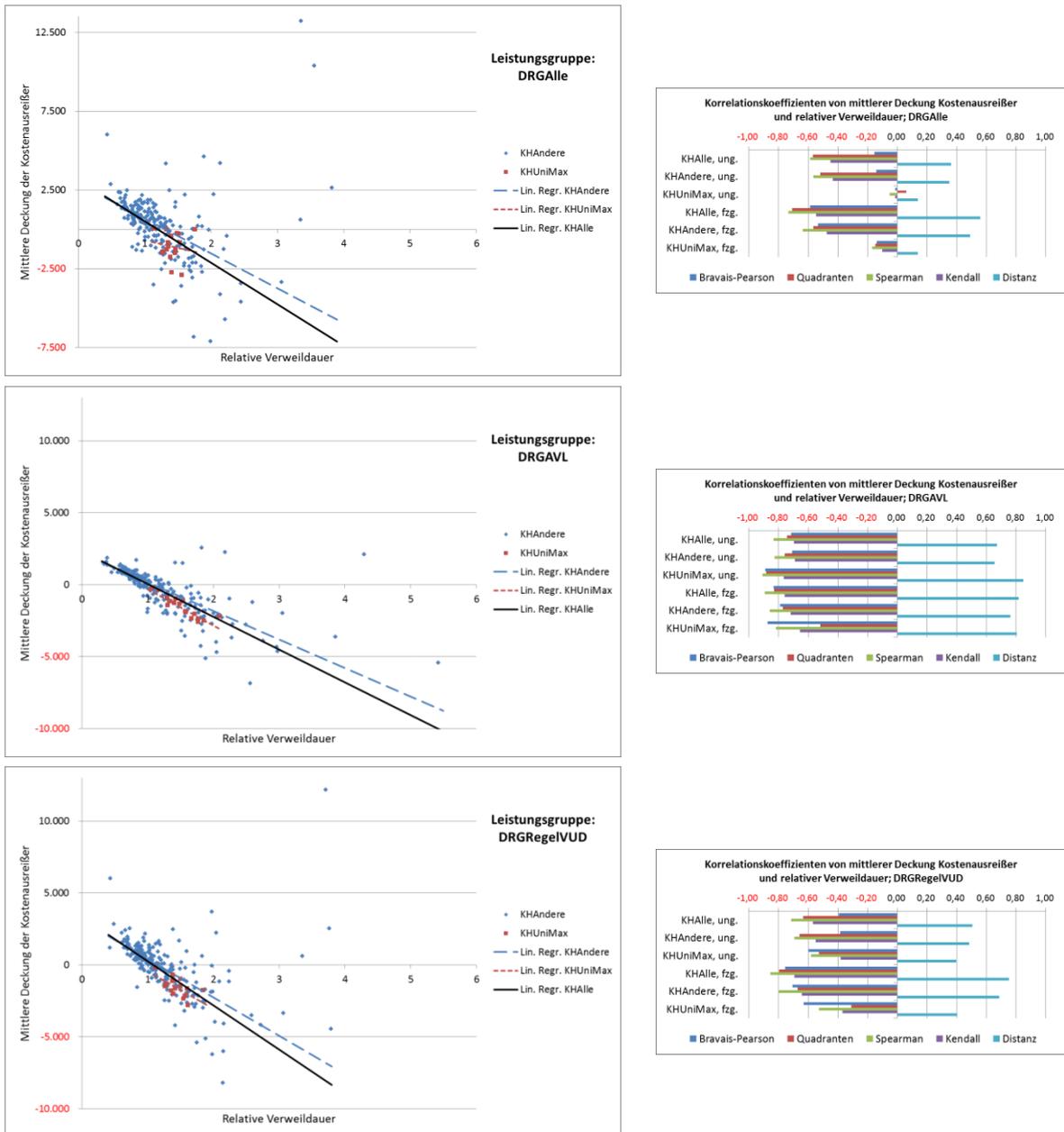


Abbildung 66: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer, Leistungsgruppen DRGAle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

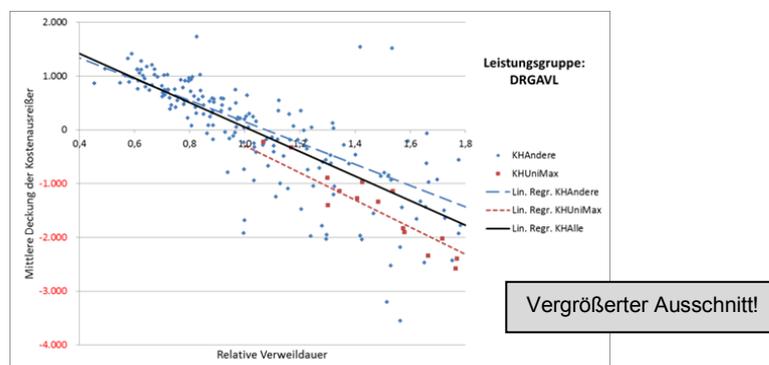


Abbildung 67: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer, Leistungsgruppe DRGAVL, Datenjahr 2014, vergrößerter Ausschnitt

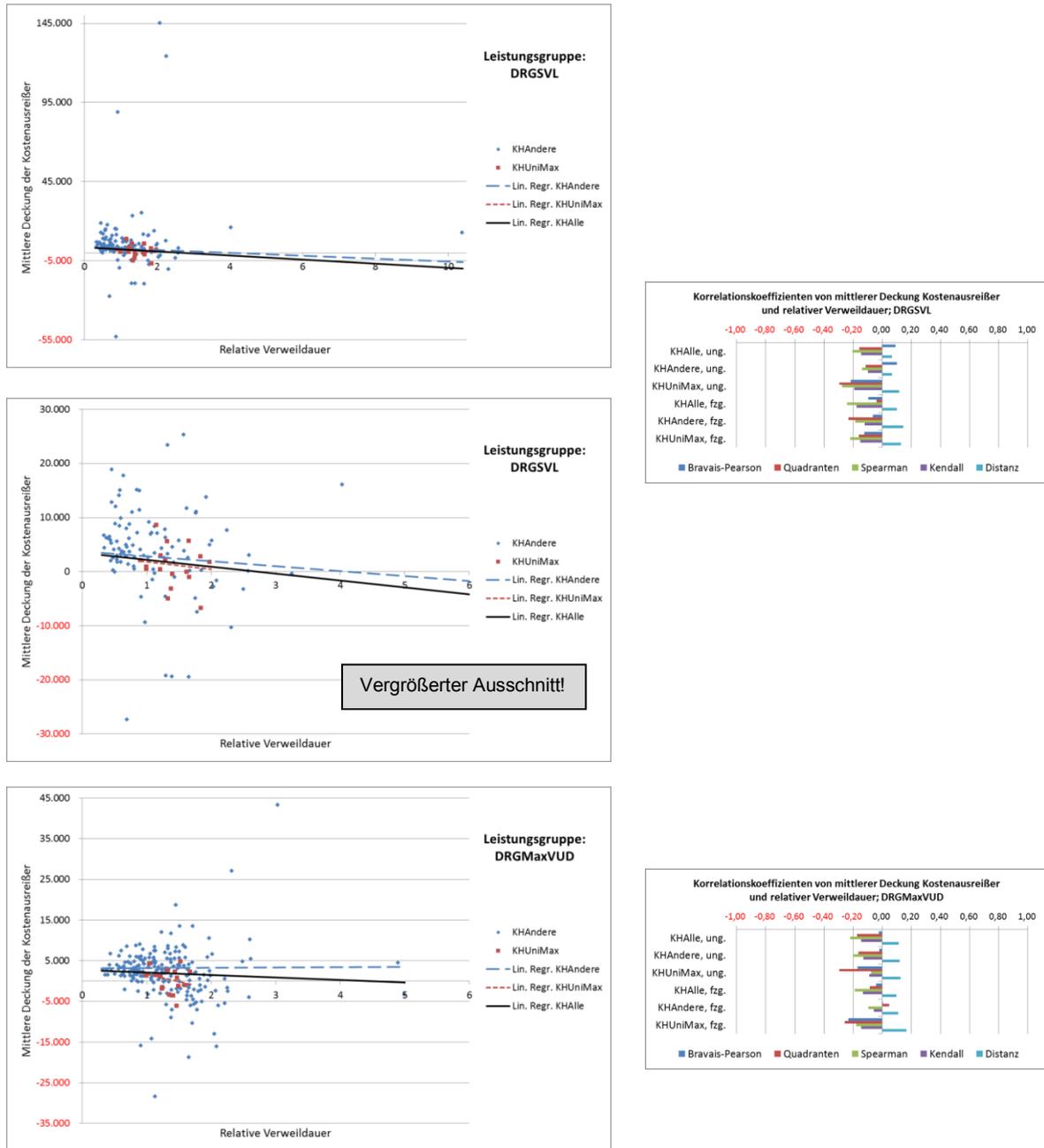


Abbildung 68: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

Erklären lässt sich dieser Unterschied zu den allgemeinen Versorgungsleistungen mit der angepassten Berechnung der Langliegerzuschläge für die hochaufwendigen und teuren Leistungen in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD. So liegen 41% der Kostenausreißer (bzw. 42% aller Fälle) in der Leistungsgruppe DRGSVL und 39% (bzw. 36%) der Fälle in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD in DRGs mit angepassten Langliegerzuschlägen. Zum Vergleich sind dies in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD 0% (0%) bzw. lediglich 2% (1%) der Fälle. Welche Folgen dies hat, lässt sich gut in Tabelle 33 und Tabelle 34 ablesen, welche die Fallanteile der Lower-Kostenausreißer, der Between-Fälle und der Upper-Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD bezüglich der Kategorien „Kurzlieger und Inlier“ und „Langlieger“ einander gegenüberstellen.

Fallanteile	Kurzlieger und Inlier		Langlieger	
	DRGAVL	DRGSVL	DRGAVL	DRGSVL
Lower-Kostenausreißer	3,49%	4,42%	0,84%	5,14%
Between-Fälle	95,86%	94,54%	90,63%	85,94%
Upper-Kostenausreißer	0,64%	1,04%	8,53%	8,92%
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabelle 33: Fallanteile der Kostenausreißer und Between-Fälle, Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL, Kategorien „Kurzlieger und Inlier“ und „Langlieger“, Datenjahr 2014

Fallanteile	Kurzlieger und Inlier		Langlieger	
	DRGRegelVUD	DRGMaxVUD	DRGRegelVUD	DRGMaxVUD
Lower-Kostenausreißer	3,78%	3,83%	0,99%	4,24%
Between-Fälle	95,46%	95,24%	89,09%	87,37%
Upper-Kostenausreißer	0,76%	0,94%	9,93%	8,39%
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabelle 34: Fallanteile der Kostenausreißer und Between-Fälle, Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD, Kategorien „Kurzlieger und Inlier“ und „Langlieger“, Datenjahr 2014

Während sich in der Kategorie „Kurzlieger und Inlier“ keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Fallanteilen der Leistungsgruppen der allgemeinen bzw. speziellen Versorgungsleistungen feststellen lassen, findet sich bei den Langliegern ein deutlicher Unterschied bei den Fallanteilen. Bei den Langliegern zeigt sich der entscheidende Unterschied im Verhältnis der Fallanteile für die Lower- und Upper-Kostenausreißer zwischen den allgemeinen und speziellen Versorgungsleistungen. So stehen beispielsweise den Upper-Kostenausreißern in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD (9,93%) nur 0,99% Lower-Kostenausreißer gegenüber. Andererseits stehen den Upper-Kostenausreißern in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD (8,39%) mit 4,24% erheblich mehr Lower-Kostenausreißer gegenüber, mit den beobachteten Folgen für die Deckung der Kostenausreißer. Gut zu erkennen ist in Abbildung 66, dass in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD für die große Mehrzahl der Krankenhäuser mit einer durchschnittlichen relativen Verweildauer größer der mittleren Verweildauer die mittlere Deckung der atypischen Fälle negativ ist, d.h. deutlich mehr Punkte der Punktelwolke liegen unterhalb der Abszissenachse als oberhalb. Das Verhältnis der Anzahl von Krankenhäusern mit negativer Deckung der Kostenausreißer zur Anzahl der Krankenhäuser mit positiver Deckung der Kostenausreißer ist dort bei den allgemeinen Versorgungsleistungen ca. 6:1 (DRGAVL) bzw. 2:1 (DRGRegelVUD). In den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD gilt dies, wie Abbildung 68 zeigt, offensichtlich nicht. Hier ist das Verhältnis der Anzahl von Krankenhäusern mit negativer Deckung der Kostenausreißer zur Anzahl der Krankenhäuser mit positiver Deckung der Kostenausreißer umgekehrt sogar ca. 1:2.

Das Untersuchungsergebnis wirft die Frage auf, ob eine Änderung der Langliegerzuschläge bei allgemeinen Versorgungsleistungen die mittlere Deckung der Kostenausreißer verbessern würde. Klar ist, dass durch eine Anpassung der Langliegerzuschläge die Vergütungssituation der Langlieger besser werden würde und dass dies zulasten der Kurzlieger und Inlier geschehen würde. Global betrachtet ergäbe sich auch eine Verbesserung der Deckung der Kostenausreißer. Aufgrund der Fallanzahlverteilung in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD würde von diesen höheren Langliegerzuschlägen fast vollständig die Krankenhausgruppe KHAndere profitieren, wodurch das Missverhältnis hinsichtlich der Deckung der Kostenausreißer zwischen den beiden Krankenhausgruppen bei den allgemeinen Versorgungsleistungen und auch bei den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD weiter vergrößert würde.

Anzahl der kodierten Prozeduren und patientenbezogener Gesamtschweregrad

Bezüglich der Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD weisen auch die Variablen Anzahl der kodierten Prozeduren und der patientenbezogene Gesamtschweregrad PCCL (vor der abschließenden Rundung auf eine Ganzzahl) auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2014 betragsmäßig mit rund 0,6 bzw. 0,4–0,5 nennenswerte Korrelationswerte auf, wie dies in den Abbildung 69 und Abbildung 71 dargestellt ist.

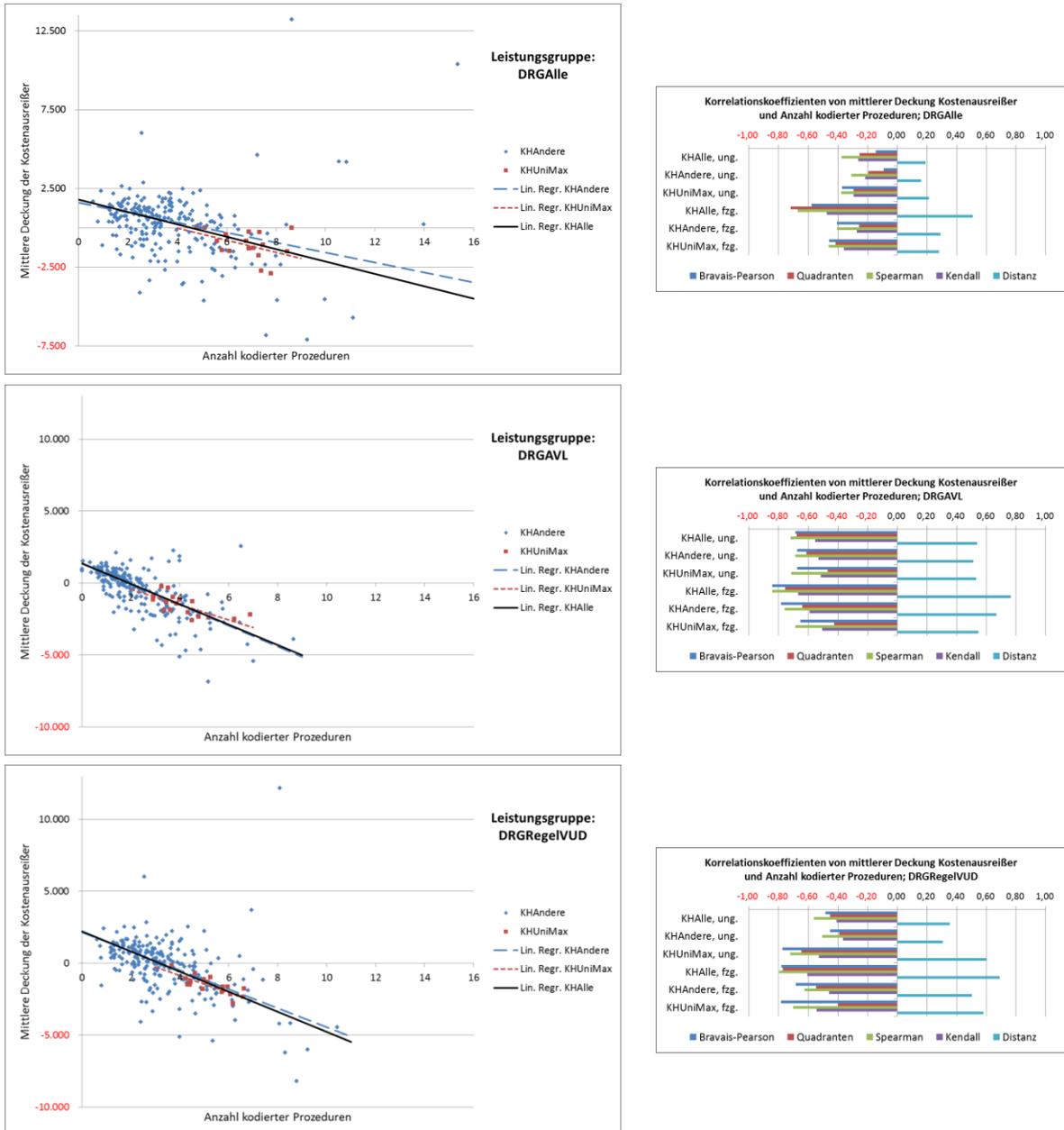


Abbildung 69: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Anzahl kodierter Prozeduren, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

Dies ist insofern nicht überraschend, da die relative Verweildauer, die Anzahl der Prozedurenkodes und der PCCL untereinander jeweils positiv korreliert sind, was auch in den sehr ähnlichen Punktwolken den in Abbildung 66, Abbildung 69 und Abbildung 71 zum Ausdruck kommt. Bei der Korrelation mit dem PCCL liegt bedingt durch die Methodik zur Pflege der CCL-Matrix ebenfalls eine Korrelation mit formalem Charakter vor. Ein von null verschiedener Wert in der CCL-Matrix wird nur dann in der Matrix beibehalten bzw. eingepflegt, wenn dieser Wert durch entsprechende Kosten in der Kalkulationsstichprobe „belegt“ werden kann. Allerdings weisen allein 67,2% der Kostenausreißer (bzw. 69,0% aller Fälle) einen PCCL < 2

auf. Für diese Patienten ist der PCCL im G-DRG-System nicht gruppierungs- und damit erlösrelevant. Darüber hinaus ist der patientenbezogene Gesamtschweregrad auch für viele Fälle mit PCCL 2 oder 3, aber auch mit PCCL größer 3 weder gruppierungs- noch erlösrelevant.

Zudem gilt, dass der PCCL eines Patienten ausgehend von der Zuordnung zu einer bestimmten Basis-DRG im Verlauf seines Krankenhausaufenthalts monoton wächst, da jede weitere Diagnose den Wert zwar erhöhen, aber nicht senken kann. In den vergleichsweise niedrigeren Werten der Korrelationskoeffizienten bezüglich des PCCL (Wertebereich 0,4-0,5 im Vergleich zu Werten um größer oder gleich 0,6 bei der relativen Verweildauer und der Anzahl der kodierten Prozeduren, vgl. entsprechende Balkendiagramme in Abbildung 66, Abbildung 69 und Abbildung 71) kommt zum Ausdruck, dass der PCCL an zahlreichen Stellen im G-DRG-System als kostentrennendes Splitkriterium verwendet wird, wodurch sich die Vergütungssituation kostenintensiver Fälle verbessern lässt.

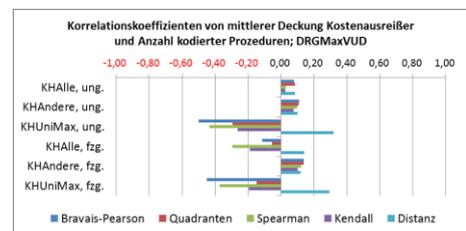
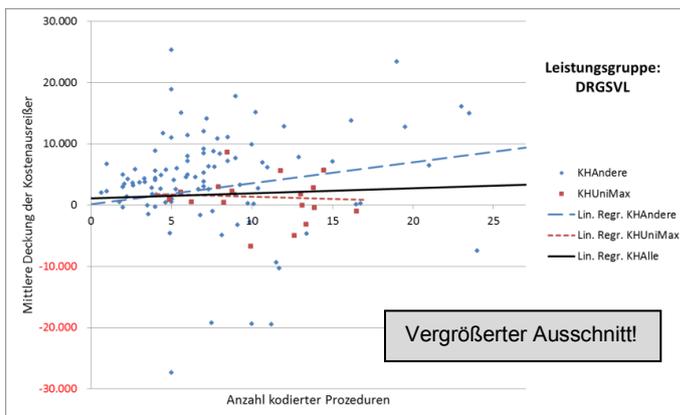
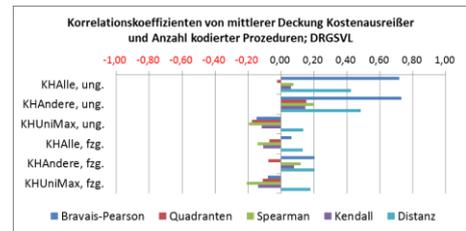
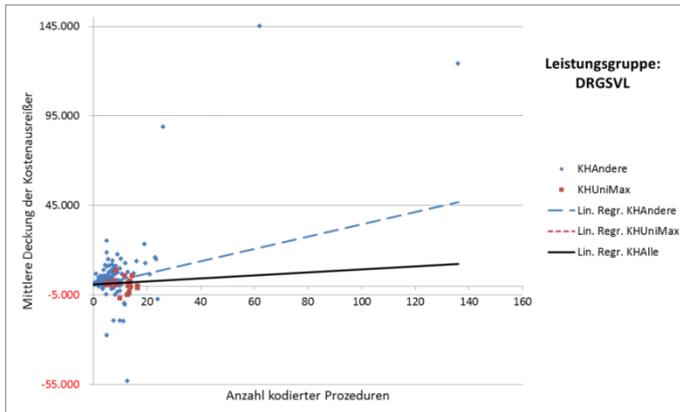


Abbildung 70: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Anzahl kodierter Prozeduren, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

Entsprechende Resultate für die Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD lassen sich – wie schon bei der relativen Verweildauer – für die Anzahl der Prozedurenkodex und den PCCL nicht beobachten (siehe Abbildung 70 und Abbildung 72). Während die Krankenhausgruppe KHAndere dort schwach positive Zusammenhänge zeigt, lassen sich bei der Krankenhausgruppe KHUniMax schwach negative Zusammenhänge beobachten. In der Gesamtbetrachtung heben sich die gegenläufigen Richtungen nahezu auf.

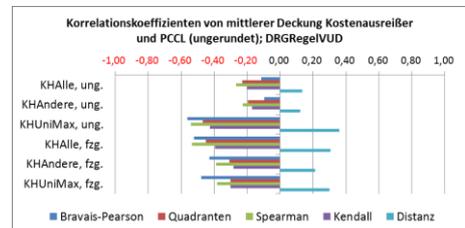
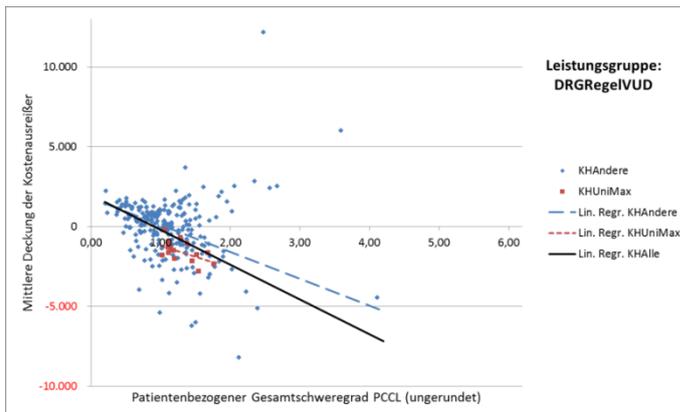
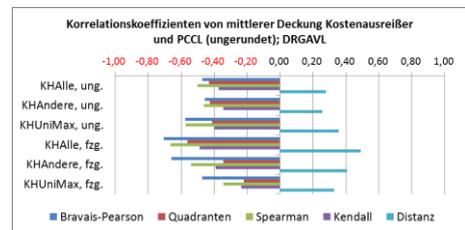
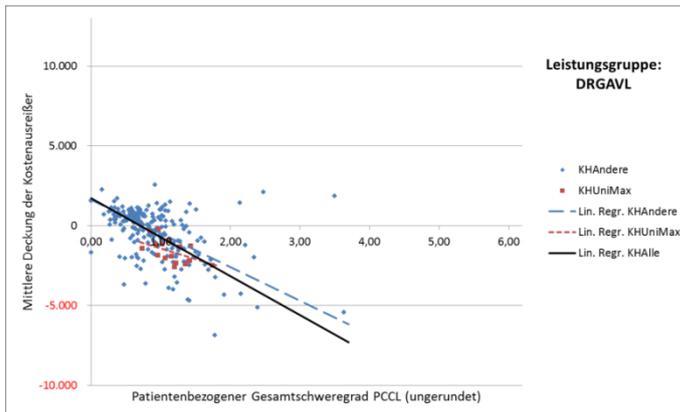
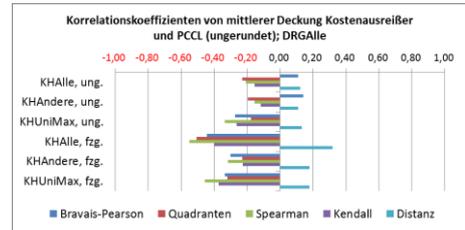
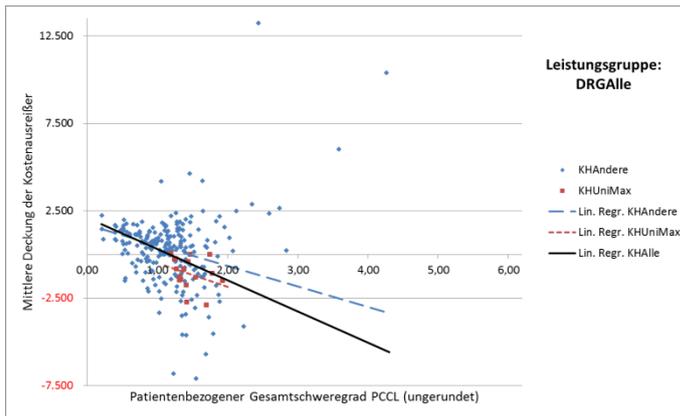


Abbildung 71: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den PCCL (ungerundet), Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

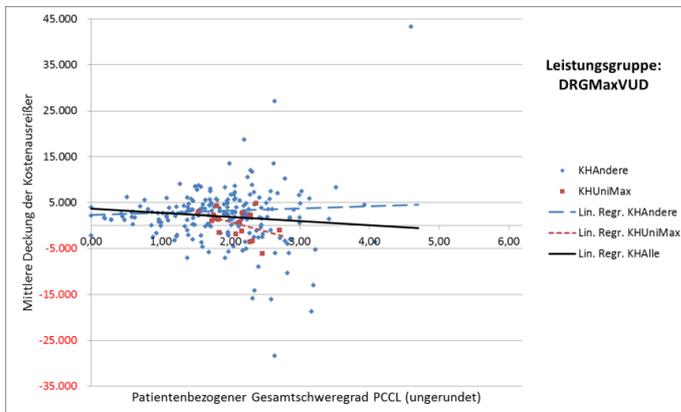
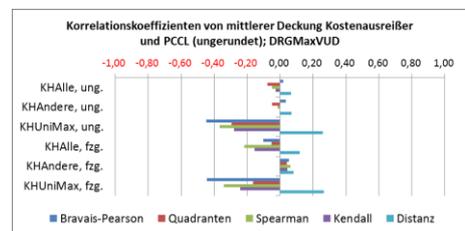
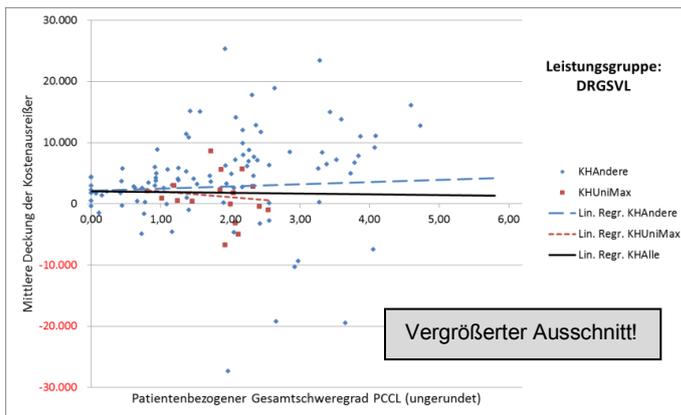
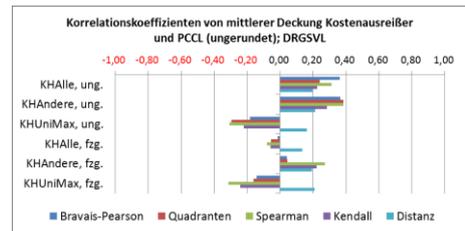
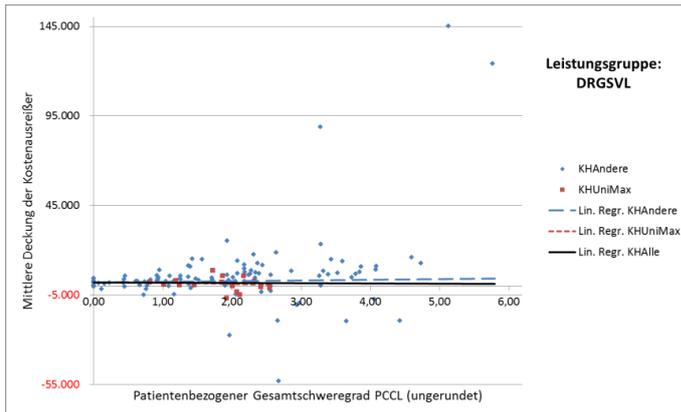


Abbildung 72: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den PCCL (ungerundet), Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

Mittlere Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses

Ein möglicher Zusammenhang der Deckung der Kostenausreißer wurde auch für die Variable der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses untersucht. Die bereinigten Kosten der Between-Fälle – also der Fälle, die keine Kostenausreißer sind – werden als Indikator für die durchschnittlichen Kosten eines Krankenhauses in einer bestimmten Leistungsklasse von DRGs verwendet.

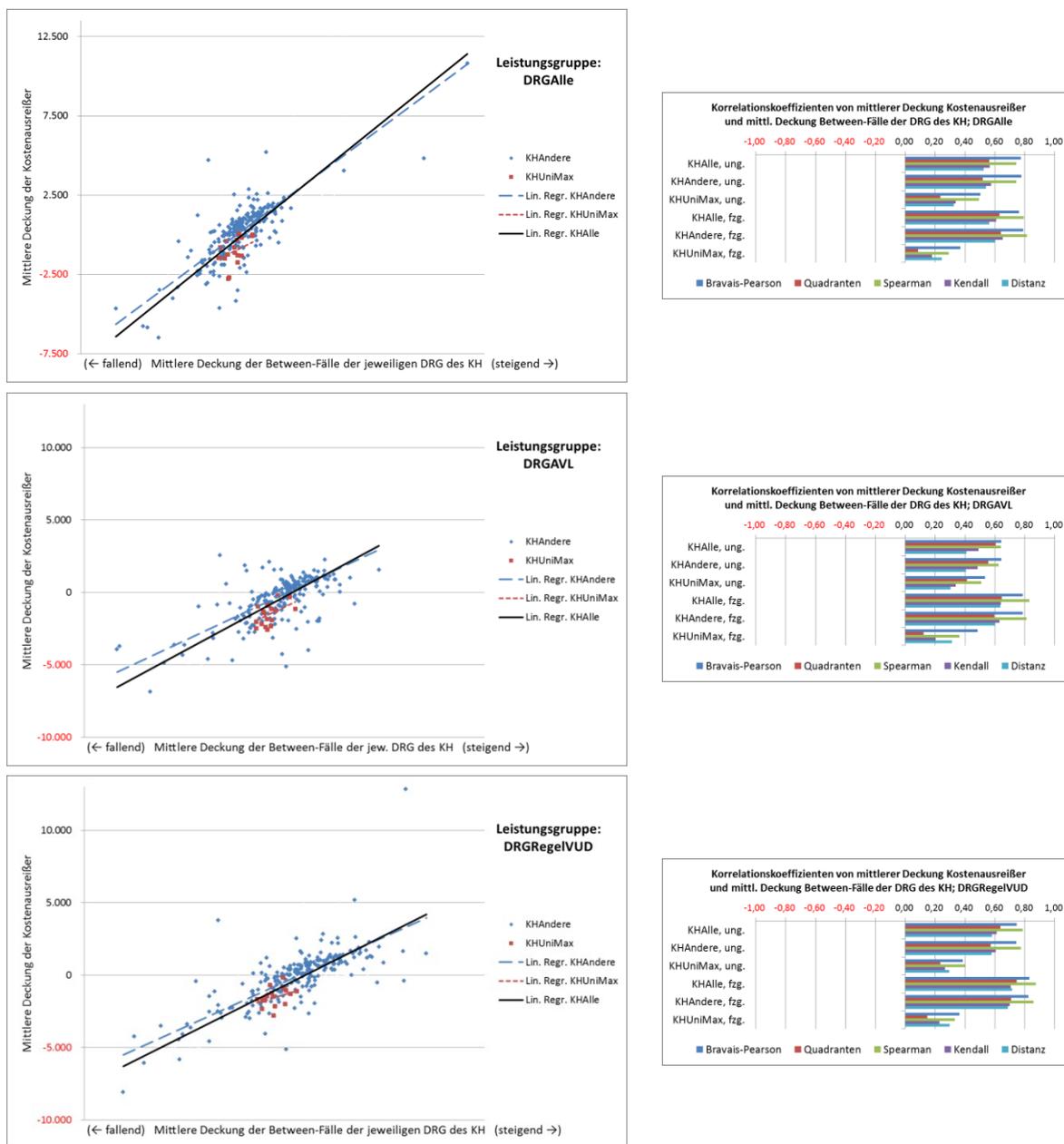


Abbildung 73: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die mittlere Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

Wie die Abbildung 73 und Abbildung 74 zeigen, besteht bezüglich aller Leistungsgruppen und aller Krankenhausgruppen ein positiver Zusammenhang zwischen der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses und der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax ist der Zusammenhang bei den speziellen Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD mit Werten für Korrelations-

koeffizienten von 0,5–0,7 stärker ausgeprägt als bei den allgemeinen Versorgungsleistungen (Wertebereich 0,3–0,5) und insgesamt jeweils schwächer ausgeprägt als bei der Krankenhausgruppe KHAndere (Wertebereich 0,6–0,8).

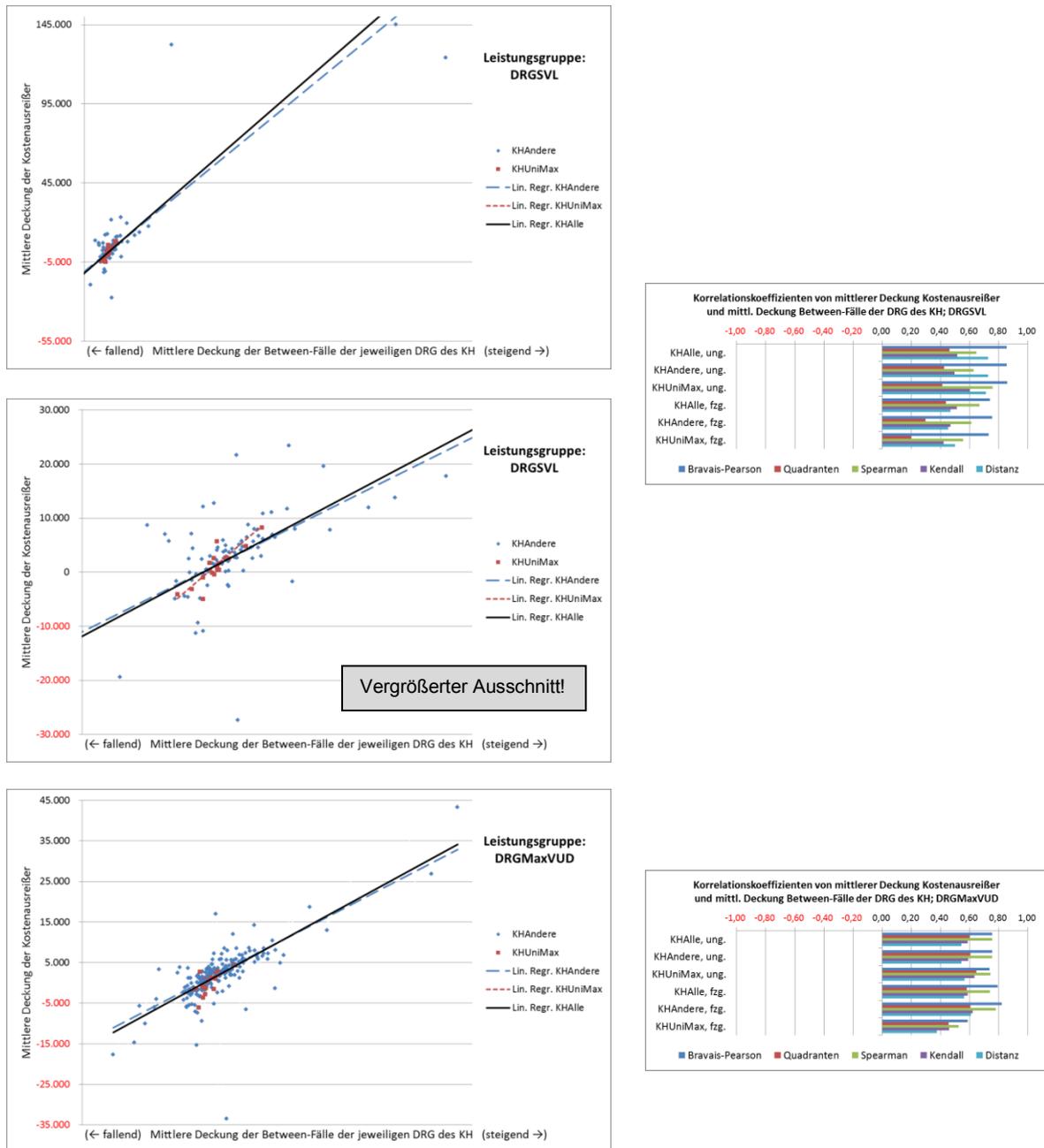


Abbildung 74: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die mittlere Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

Im Ergebnis bedeutet dies, dass Krankenhäuser mit niedrigeren mittleren Kosten pro Fall in der betreffenden Leistungsgruppe eine höhere mittlere Deckung der Kostenausreißer aufweisen. Krankenhäuser mit höheren mittleren Kosten pro Fall in einer Leistungsgruppe weisen entsprechend niedrigere mittlere Deckungen der Kostenausreißer auf. Genau dieser Zusammenhang lässt sich anhand zweier Krankenhäuser beobachten, die sich im Jahresvergleich hinsichtlich der Deckung der Kostenausreißer massiv verschlechtert haben (in dem einen Fall sogar von einer großen Überdeckung hin zu einer großen Unterdeckung). Aufgrund struktureller Besonderheiten in den beiden Krankenhäusern im Datenjahr 2014 sind

dort im Jahresvergleich generell die mittleren Kosten je Fall deutlich gestiegen. Weitere Gründe, welche die massive Verschlechterung der Deckung der Kostenausreißer erklären könnten, wurden nicht gefunden.

Anmerkung:

Um Missverständnisse zu vermeiden ist festzuhalten, dass höhere durchschnittliche Kosten eines Krankenhauses in dieser Analyse nicht mit Unwirtschaftlichkeit des Krankenhauses gleichzusetzen ist.

Zwischenfazit

1. Bei der Korrelationsanalyse für den Extremkostenbericht 2016 wurden Variablen auffindig gemacht, die starke Korrelationen mit der Deckung der Kostenausreißer aufweisen. Da für diese Variablen zum Teil formale bzw. definitorisch geprägte sowie kausale Zusammenhänge bestehen oder zumindest sehr naheliegen, kann auf sie bei der Erklärung der Deckung der Kostenausreißer nicht verzichtet werden.
2. Für die Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD weisen die relative Verweildauer, die Anzahl der kodierten Prozeduren und der patientenbezogene Gesamtschweregrad PCCL negative Zusammenhänge mit der Deckung der Kostenausreißer auf. Die Korrelationen hinsichtlich der Verweildauer und des PCCL besitzen in Teilbereichen einen formalen Zusammenhang. Für die Variable der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses besteht hingegen ein positiver Zusammenhang. Bei den Leistungsgruppen der speziellen Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD wurde nur für die Variable der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses eine ausgeprägte Korrelation mit der Deckung der Kostenausreißer ermittelt; der Zusammenhang ist stark positiv. Für die anderen Variablen wurde bei den speziellen Versorgungsleistungen keine Korrelation zur Deckung der Kostenausreißer festgestellt.

3.4.7.5 Korrelation mit der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus

Die Thematik der Entfernung zwischen dem Wohnort des Patienten und dem leistungserbringenden Krankenhaus spielte bereits in der Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG zur Einführung des pauschalierenden DRG-Entgeltsystems und dem Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung gem. § 17b Abs. 9 KHG eine Rolle. In den Beratungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene wird die Entfernung im Sinne einer Erreichbarkeit der Krankenhäuser an vielen Stellen ebenfalls immer wieder angesprochen. Daher wurde im Rahmen der Erstellung des Extremkostenberichts 2016 insbesondere die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus im Hinblick auf eine mögliche Korrelation zur mittleren Deckung der Kostenausreißer umfangreich untersucht. Das Einzugsgebiet eines Krankenhauses spielt in öffentlichen Diskussionen zwar auch immer wieder eine Rolle, allerdings liegt keine konsentrierte Auffassung darüber vor, wie aus den §-21-Datensätzen zweifelsfrei auf die Einzugsgebiete der einzelnen Krankenhäuser geschlossen werden kann. Hilfsweise werden in einer Annäherung an Einzugsgebiete im Folgenden Entfernungsklassen gebildet und analysiert.

Die Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus wurde anhand der in der §-21-Datenlieferung enthaltenen Postleitzahl des Wohnorts des Patienten und der Adresse des Krankenhauses als Luftliniendistanz zwischen den beiden geographischen Orten bestimmt. Für 99,55% aller Fälle bzw. 99,40% aller Kostenausreißer konnte auf diese Weise

eine Entfernung zum Krankenhaus berechnet werden. Bei den übrigen Patienten wurden nicht geokodierbare Postleitzahlen (z.B. „00000“ oder „99999“) übermittelt. Die Postleitzahl „00000“ wird bei Patienten aus dem Ausland angegeben. Mit Quoten von deutlich über 99% ist die Datenlage für die Korrelationsanalyse sehr gut.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Entfernungen zwischen Patienten und Krankenhäusern stark von regionalen Gegebenheiten abhängen. So sind in ländlichen Gebieten generell größere Entfernungsdistanzen zu erwarten als in städtischen Gebieten wie etwa dem Ruhrgebiet oder Ballungsgebieten wie Metropolregionen. Bei den Analysen wurden auch Entfernungsmaße wie schnellste Zeit bzw. kürzeste Entfernung mit einem Automobil betrachtet. Erwartungsgemäß waren keine nennenswerten Unterschiede im Vergleich zu den Ergebnissen mit der Luftlinienentfernung zu beobachten, sodass im Weiteren die Luftlinienentfernung als Entfernungsmaß verwendet wird.

Die mittlere Entfernung des Wohnorts der Patienten zum Krankenhaus ist bei der Krankenhausgruppe KHUniMax, wie Tabelle 35 zeigt, sowohl in Bezug auf alle Fälle als auch in Bezug auf die Kostenausreißer durchweg in allen Leistungsgruppen größer als bei der Krankenhausgruppe KHAndere. Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen „Alle Fälle“ und „Kostenausreißer“ sind – mit Ausnahme der allgemeinen Versorgungsleistungen bei der Krankenhausgruppe KHUniMax – jeweils vergleichsweise gering. Bei den allgemeinen Versorgungsleistungen weisen bei der Krankenhausgruppe KHUniMax die Kostenausreißer eine um 5,7 km bzw. 4,2 km größere mittlere Entfernung auf.

Mittlere Entfernung [km]		DRGAlle	DRGAVL	DRGSVL	DRGRegelVUD	DRGMaxVUD
Alle Fälle	KHAndere	17,5	14,2	33,6	16,9	24,2
	KHUniMax	29,6	20,2	47,6	26,9	39,1
Kostenausreißer	KHAndere	18,2	14,5	37,1	17,4	25,0
	KHUniMax	33,2	25,9	47,2	31,1	40,5

Tabelle 35: Mittlere Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus in den Patientengruppen „Alle Fälle“ und „Kostenausreißer“ für die Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax sowie die Leistungsgruppen DRGAVL, DRGSVL, DRGRegelVUD und DRGMaxVUD

Die Korrelationsanalyse zeigt sowohl auf Einzelfallebene als auch aggregiert auf Krankensebene (siehe Abbildung 75 und Abbildung 76) mit berechneten Korrelationskoeffizienten nahe 0 keine bzw. nur eine sehr schwache – in der Regel – negative Korrelation mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer. Die Streudiagramme wirken zufällig. Ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Variablen ist nicht ersichtlich. Wie in Abbildung 76 zu sehen, weist die Krankenhausgruppe KHUniMax in der Leistungsgruppe DRGSVL gar einen schwach positiven Zusammenhang auf, d.h. mit wachsender Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus erhöht sich die mittlere Deckung der Kostenausreißer.

Systemweit ist die Korrelation für die Krankenhausgruppe KHUniMax hinsichtlich der monotonen bzw. linearen Korrelationsmaßzahlen fallzahlsgewichtet schwächer ausgeprägt als für die Krankenhausgruppe KHAndere. Dieses Ergebnis wird noch deutlicher, wenn aus der Gruppe KHAndere die Fachkliniken herausgenommen werden, zu denen vor allem die Krankenhäuser mit den größten mittleren Entfernungen zählen. Die Stärke des negativen Zusammenhangs in der Krankenhausgruppe KHAndere reduziert sich dagegen stark um ca. die Hälfte, wenn aus dieser Gruppe die BG-Kliniken herausgenommen werden, die ohnehin eine Sonderstellung einnehmen (siehe Kap. 3.4.4.3). Dabei macht sich vor allem der Einfluss von drei Krankenhäusern mit extrem hoher Unterdeckung bei vergleichsweise großer mittlerer Entfernung bemerkbar. Hinsichtlich der Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer kommt damit der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus bezüglich der Krankenhausgruppe KHUniMax offenbar keine und, wenn überhaupt, bezüglich der Krankenhausgruppe KHAndere eine vernachlässigbar geringe Bedeutung zu.

In Gesamtbetrachtung der Abbildung 75 und Abbildung 76 lässt sich zudem vor allem bezüglich der Leistungsgruppe DRGAVL, aber auch bezüglich der Leistungsgruppen DRGAlle, DRGRegelVUD und DRGMaxVUD erkennen, dass der Aspekt der Inhomogenitätskorrelation auch hinsichtlich der EntfernungsvARIABLE von Bedeutung ist; d.h. während die Variablen Entfernung und mittlere Deckung der Kostenausreißer in den einzelnen Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax keine Korrelation aufweisen, entsteht erst durch Zusammenfassung dieser beiden unterschiedlichen Gruppen ein gewisser schwacher Zusammenhang zwischen den zwei Variablen.

In Tabelle 35 lässt sich zudem gut erkennen, dass sich die mittleren Entfernungen bezüglich der Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD im Vergleich zur Betrachtung der Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere in derselben Größenordnung voneinander unterscheiden. Bei den Leistungsgruppen der spezialisierten Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD, bei denen die Patienten eine größere mittlere Entfernung zum Krankenhaus aufweisen als bei den allgemeinen Versorgungsleistungen, zeigen die beiden Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax eine Überdeckung der Kostenausreißer. Eine Unterdeckung der Kostenausreißer hat die Krankenhausgruppe KHUniMax im Bereich der allgemeinen Versorgungsleistungen, bei denen die Patienten eine deutlich geringere Entfernung zum Krankenhaus aufweisen als bei den spezialisierten Versorgungsleistungen.

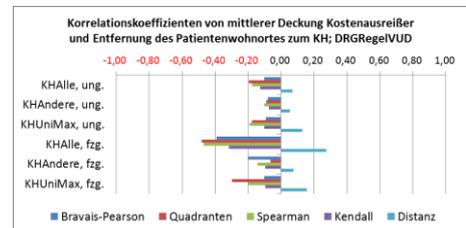
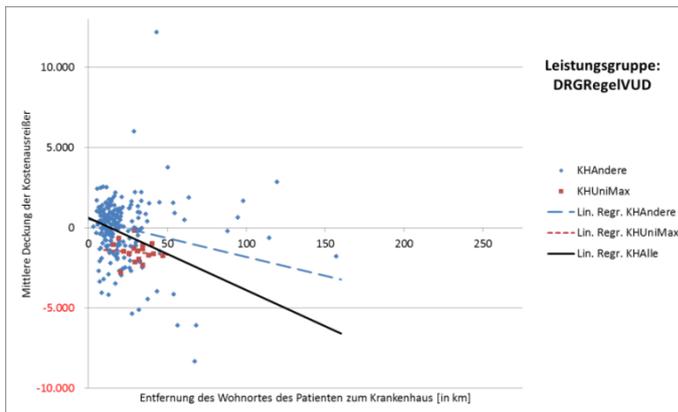
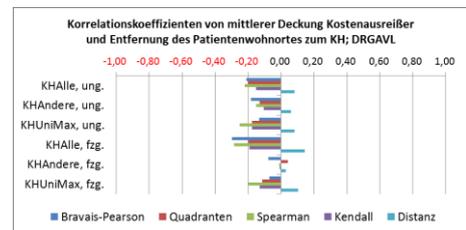
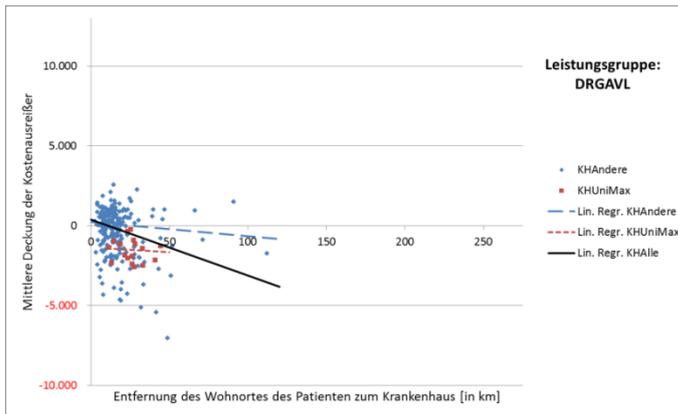
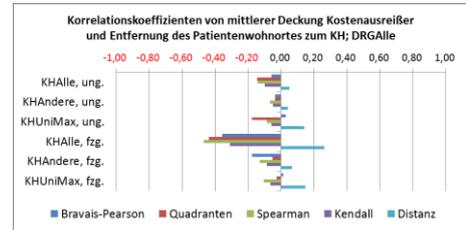
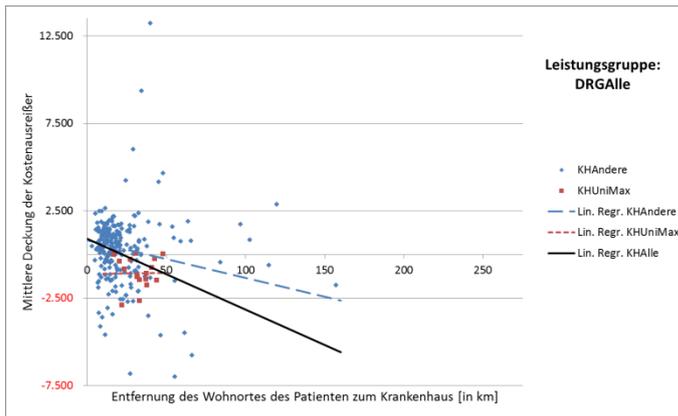


Abbildung 75: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppen DRGAle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2014

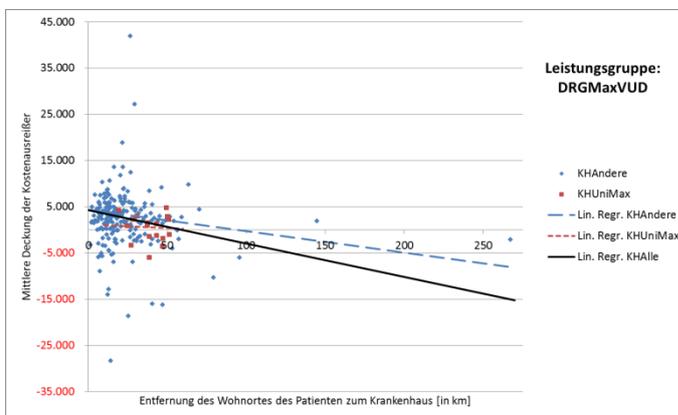
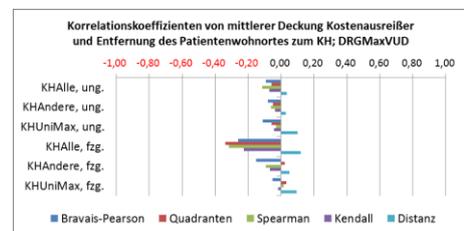
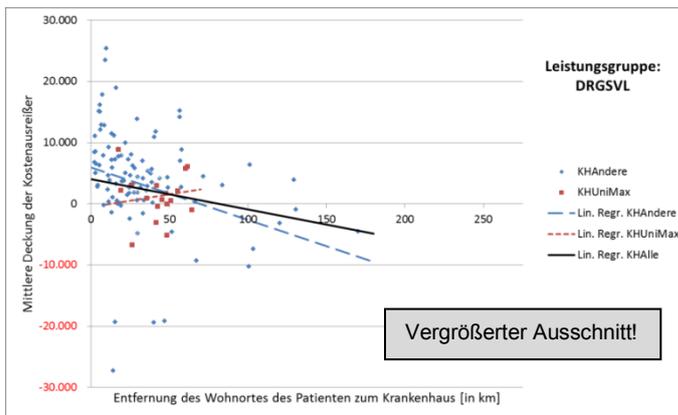
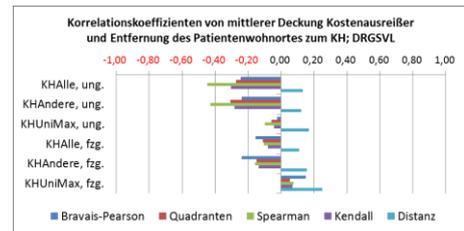
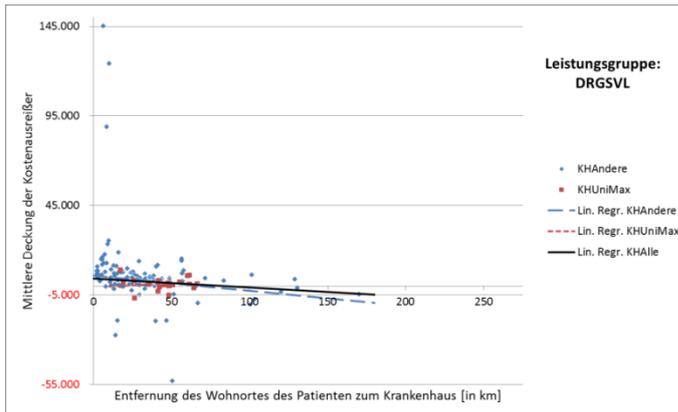


Abbildung 76: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Variable Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2014

Ob die Variable der Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus einen Zusammenhang mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer hat, wurde zusätzlich auf eine weitere Weise untersucht: Hierzu wurden alle Patienten in eine bestimmte Anzahl von gleich großen Entfernungsklassen eingeteilt. In Tabelle 36 ist dies exemplarisch für fünf Entfernungsklassen dargestellt, d.h. Entfernungsklasse I enthält die 20% der Fälle mit der geringsten Entfernung zum Krankenhaus und entsprechend Entfernungsklasse V die 20% der Fälle mit der größten Entfernung. Für jede Entfernungsklasse wurde der Belastungsindex der Kostenausreißer wie in Tabelle 20 bzw. Tabelle 21 berechnet. Offensichtlich sind die Belastungsindizes und die damit verbundenen Aussagen – von einer geringfügigen stochastischen Streuung abgesehen – unabhängig von der Entfernung des Patienten zum Krankenhaus.

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	5,0	-47,0
DRGSVL	100,6	130,5

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	5,5	-50,9
DRGMaxVUD	113,2	45,5

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	0,1	-47,1
DRGSVL	158,1	70,3

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	0,3	-53,2
DRGMaxVUD	122,6	22,1

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	3,8	-48,6
DRGSVL	103,3	68,7

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	7,9	-54,2
DRGMaxVUD	91,8	42,1

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	6,0	-48,7
DRGSVL	65,7	43,3

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	6,2	-45,7
DRGMaxVUD	100,2	19,8

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	2,0	-48,6
DRGSVL	68,8	29,0

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	-1,5	-44,3
DRGMaxVUD	96,7	1,6

Tabelle 36: Belastungsindex der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppen in fünf gleich großen Klassen auf Grundlage aller Fälle bezüglich der Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus (Klasse I = niedrigste Entfernung bis Klasse V = größte Entfernung), Datenjahr 2014

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	5,0	-46,4
DRGSVL	102,3	120,5

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	5,0	-50,7
DRGMaxVUD	114,3	45,9

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	0,2	-46,8
DRGSVL	150,0	71,1

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	1,1	-53,0
DRGMaxVUD	123,9	23,0

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	4,1	-50,7
DRGSVL	106,6	64,9

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	8,1	-55,4
DRGMaxVUD	90,7	39,6

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	5,2	-47,4
DRGSVL	71,5	37,6

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	5,0	-43,1
DRGMaxVUD	99,1	16,9

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGAVL	2,7	-48,8
DRGSVL	65,9	31,5

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
Leistungsgruppe		
DRGRegelVUD	-1,2	-45,4
DRGMaxVUD	95,5	2,2

Tabelle 37: Belastungsindex der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppen in fünf gleich großen Klassen auf Grundlage der Kostenausreißer bezüglich der Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus (Klasse I = niedrigste Entfernung bis Klasse V = größte Entfernung), Datenjahr 2014

Die Entfernungsklassen in Tabelle 36 wurden auf Grundlage aller Fälle gebildet. Dies kann dazu führen, dass sich in den einzelnen Klassen unterschiedlich viele Kostenausreißer befinden. Das wiederum könnte Einfluss auf die berechneten Belastungsindizes haben. Aus diesem Grund erfolgte in einem weiteren Schritt die Klasseneinteilung auf Grundlage der Kostenausreißer. In Tabelle 37 befinden sich in jeder der Entfernungsklassen in etwa gleich viele Kostenausreißer. Die Unterschiede zu den Werten der Tabelle 36 sind marginal. Auch aus dieser Untersuchung wird deutlich, dass sich die Variable „Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus“ nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer eignet.

Die bisherigen Untersuchungen erfolgten auf Ebene der Krankenhausgruppen. In einer weiteren Betrachtungsweise wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen der mittleren Deckung der Kostenausreißer und der Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser untersucht. Dazu wurden auf Grundlage aller Fälle (bzw. in einer weiteren Teiluntersuchung auf Grundlage aller Kostenausreißer) eines Krankenhauses krankenhausesindividuell gleich große Entfernungsklassen gebildet. Im Rahmen der Untersuchung wurden zunächst fünf, in einer feineren Betrachtung dann zehn Entfernungsklassen je Krankenhaus gebildet, die jeweils 20% bzw. 10% aller Fälle (bzw. aller Kostenausreißer) enthielten. Für jede Entfernungsklasse wurden die mittlere Entfernung und die mittlere Deckung der Kostenausreißer eines Krankenhauses ermittelt. Abbildung 77 zeigt exemplarisch die ermittelten Werte für jedes der 17 Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD, wobei die Einteilung der dort dargestellten zehn Entfernungsklassen auf Grundlage der Kostenausreißer erfolgte. Zur besseren Lesbarkeit und einfacheren Zuordnung sind die zehn Punkte eines Krankenhauses mit einer interpolierenden Kurve verbunden.

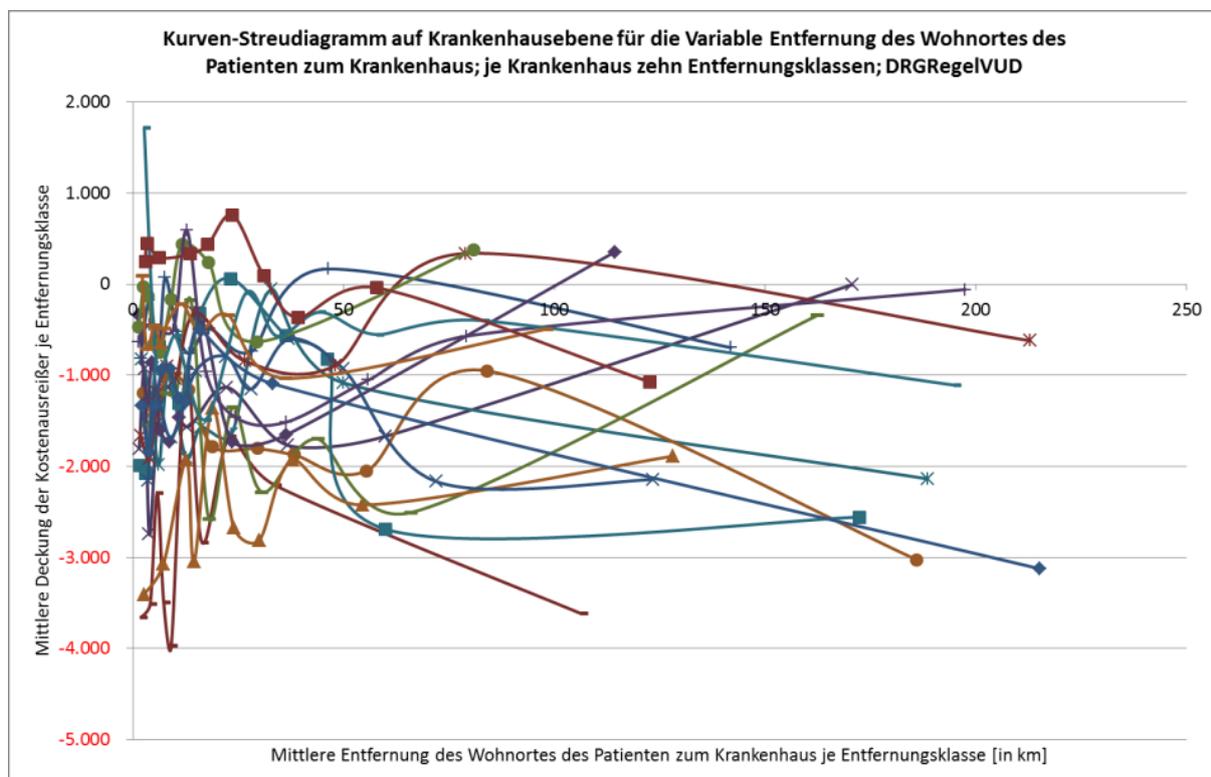


Abbildung 77: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausebene für die Variable Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGRegelVUD, Datenjahr 2014: Jede Kurve steht für ein Krankenhaus aus der Krankenhausgruppe KHUniMax

Zwar lässt sich für einige wenige Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD ein in der Tendenz negativer Zusammenhang zwischen der Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus ausmachen (siehe Abbildung 77), gleichsam zeichnet sich eine mindestens ebenso große Anzahl von Krankenhäusern durch einen tendenziell eher positiven Zusammenhang aus. Unterstrichen wird dieses Ergebnis durch die in Abbildung 78 analysierten, für jedes Krankenhaus individuell berechneten Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson. Diese Korrelationsbetrachtung stellt vorrangig nicht die Prüfung eines linearen Zusammenhangs in den Mittelpunkt der Analyse, sondern lediglich die Ableitung einer näherungsweise Aussage über die Tendenz (positiv oder negativ). Wie aus Abbildung 78 ersichtlich, streuen die Krankenhäuser sowohl in der Krankenhausgruppe KHUnimax als auch in der Krankenhausgruppe KHAndere recht gleichmäßig über den gesamten Wertebereich von -1 bis +1. Das Krankenhaus in der Gruppe KHUniMax mit dem geringsten Korrelationswert, das also hinsichtlich der Korrelationskoeffizientenbetrachtung den stärksten negativen linearen Zusammenhang aufweist, ist das einzige Krankenhaus der Krankenhausgruppe KHUniMax mit einer positiven Deckung der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD.

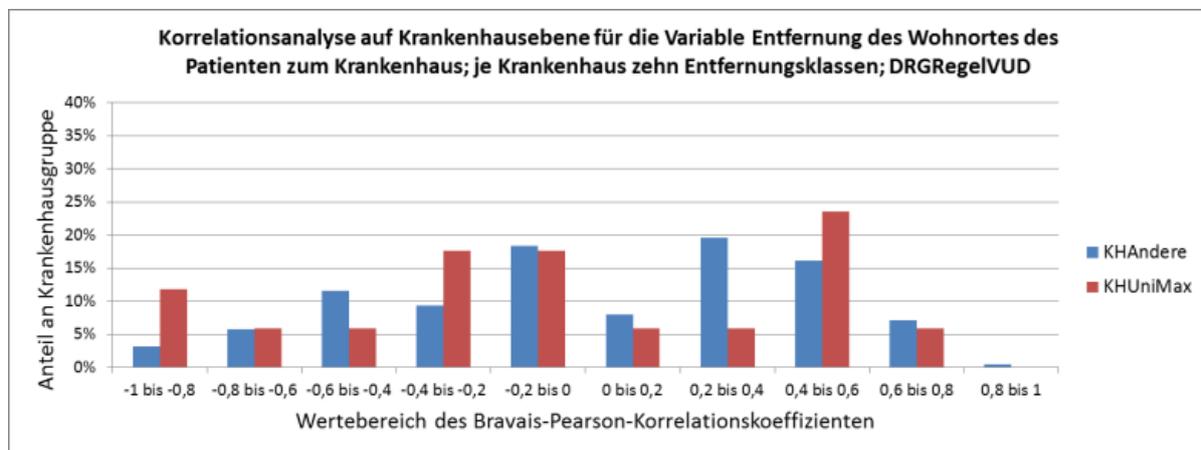


Abbildung 78: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient auf Krankenhausebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGRegelVUD, je zehn Entfernungsklassen pro Krankenhaus, Datenjahr 2014

Werden ausgehend von den Entfernungsklassen Mittelwerte für die Krankenhausgruppen KHAlle, KHAndere und KHUniMax berechnet (siehe Abbildung 79), so zeigen die drei Krankenhausgruppen ein im Kurvenverlauf ähnliches Verhalten, das sich für die Krankenhausgruppe KHUniMax über einen größeren Entfernungsbereich erstreckt als für die Krankenhausgruppe KHAndere. Für die nächsten ca. 60% der Fälle (d.h. die ersten sechs Entfernungsklassen) besteht ein leicht positiver Zusammenhang zwischen der mittleren Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus und der mittleren Deckung der Kostenausreißer, d.h. mit zunehmender Entfernung steigt in diesem Bereich die mittlere Deckung der Kostenausreißer. Für die weiter entfernten Patienten lässt sich in dieser gemittelten Betrachtung ein ganz schwach negativer Zusammenhang ausmachen, wobei die mittlere Deckung der Kostenausreißer der Klassen mit der größten Entfernung höher ist als die mittlere Deckung der Kostenausreißer der nahen Entfernungsklassen. Ein Zusammenhang zwischen der mittleren Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus und der mittleren Deckung der Kostenausreißer ist aus Abbildung 79 global nicht ersichtlich.

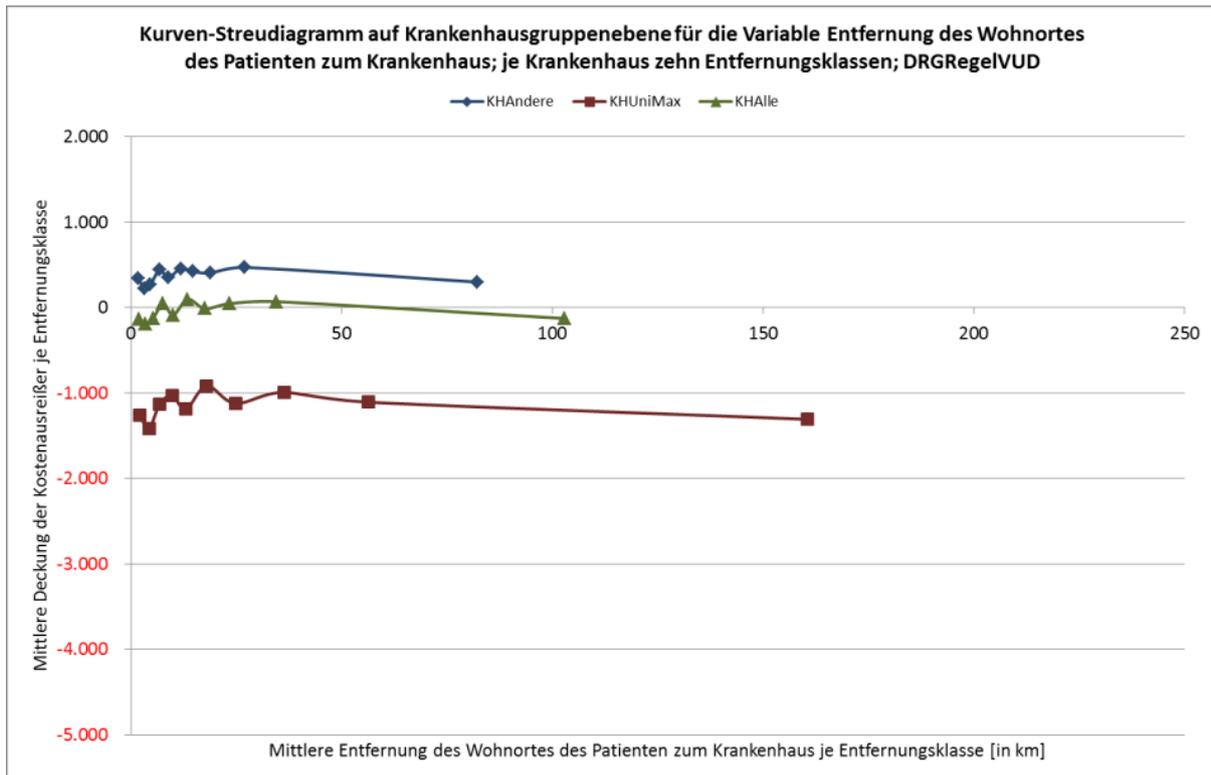


Abbildung 79: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausgruppenebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGRegelVUD, Datenjahr 2014: Jede Kurve steht für eine Krankenhausgruppe

Die Abbildung 80, Abbildung 81 und Abbildung 82 zeigen die Ergebnisse derselben Untersuchung für die Leistungsgruppe DRGMaxVUD. Abbildung 80 zeigt einen tendenziell negativen Zusammenhang für wenige Krankenhäuser aus der Krankenhausgruppe KHUniMax. Im Vergleich zu Abbildung 77 und den Darstellungen für die allgemeinen Versorgungsleistungen DRGRegelVUD überwiegen hier die Krankenhäuser mit tendenziell eher positivem Zusammenhang zwischen der mittleren Entfernung des Wohnorts des Patienten und der mittleren Deckung der Kostenausreißer. In Abbildung 81 ist im Vergleich zu Abbildung 78 gut zu erkennen, dass bei den spezialisierten Versorgungsleistungen DRGMaxVUD die Korrelationen als lineare Zusammenhänge offenbar stärker ausgeprägt sind. Auch wenn Abbildung 81 den Eindruck bestätigt, dass mehr Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax einen positiven Zusammenhang aufweisen (für rund ein Drittel der Krankenhäuser erreicht der Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient einen Wert von größer +0,8), fallen ebenso auch Krankenhäuser mit deutlich negativen Korrelationswerten auf. Die Betrachtung mit Mittelung bezüglich der Krankenhausgruppen in Abbildung 82 weist in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD auf einen schwach positiven Zusammenhang hin. Die Kurvenverläufe der drei Krankenhausgruppen KHAlle, KHAndere und KHUniMax verhalten sich erneut ähnlich.

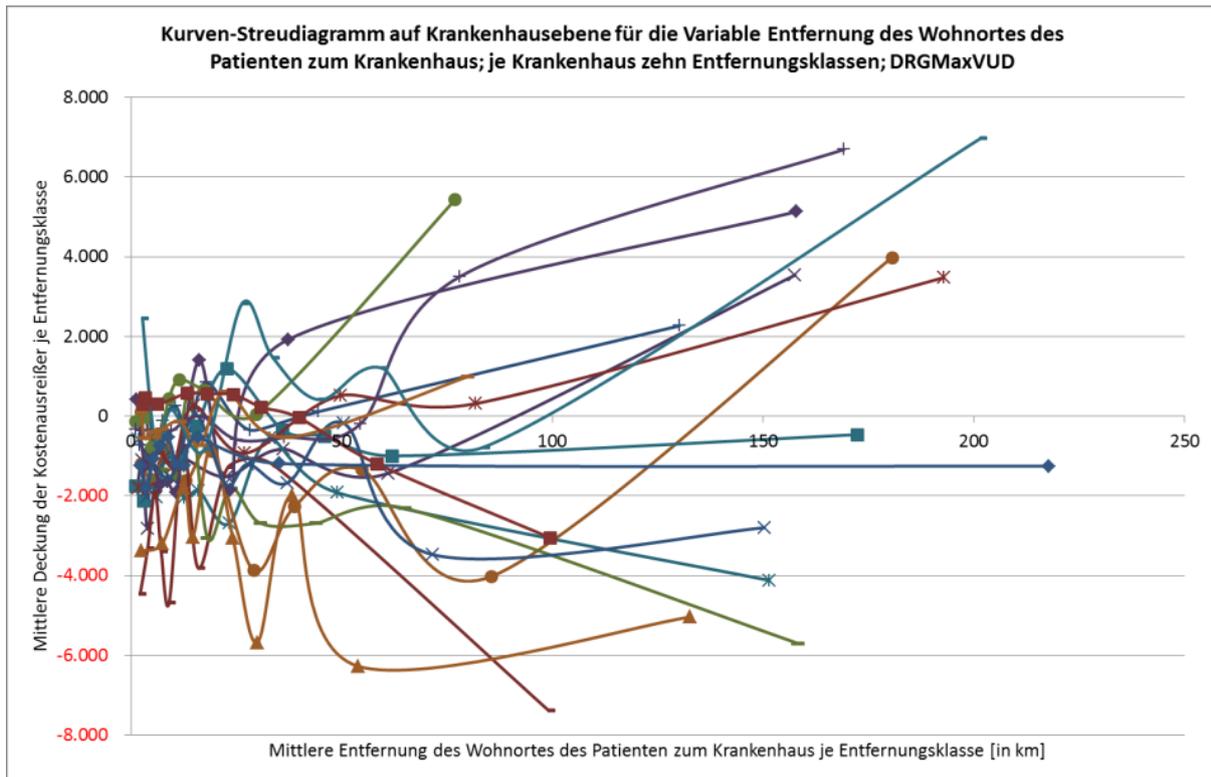


Abbildung 80: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausebene für die Variable Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGMaxVUD, Datenjahr 2014: Jede Kurve steht für ein Krankenhaus aus der Krankenhausgruppe KHUniMax

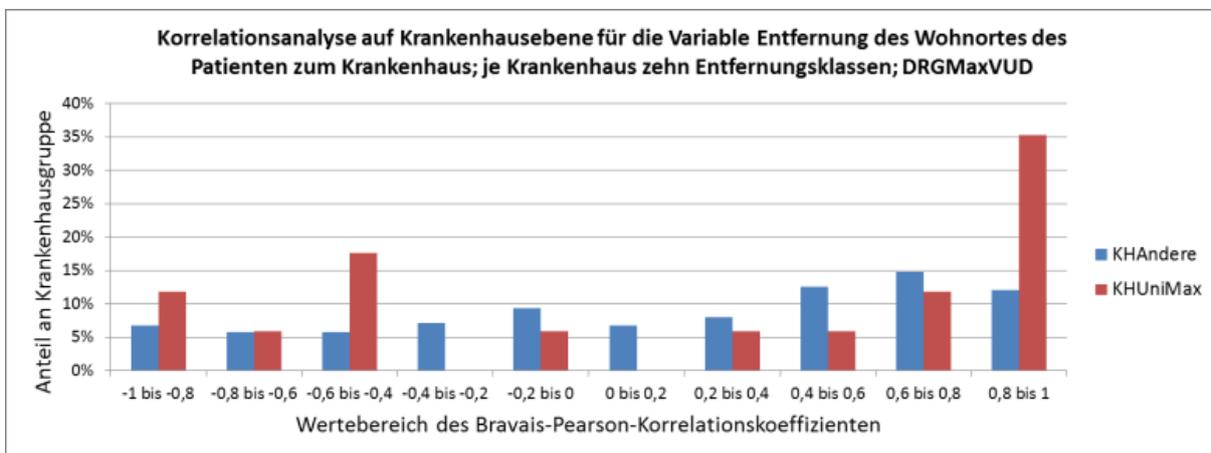


Abbildung 81: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient auf Krankenhausebene für die Variable Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGMaxVUD, je zehn Entfernungsklassen pro Krankenhaus, Datenjahr 2014

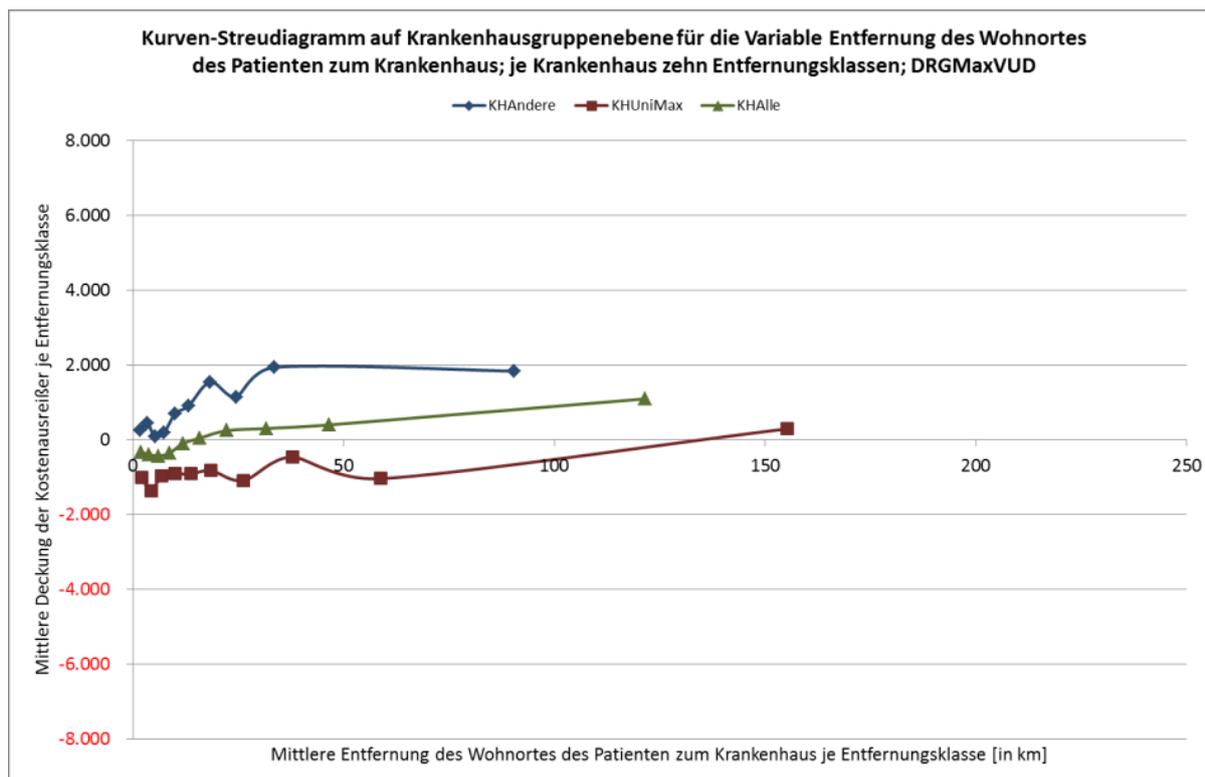


Abbildung 82: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausgruppenebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGMaxVUD, Datenjahr 2014: Jede Kurve steht für eine Krankenhausgruppe

Zwischenfazit

Weder in aggregierter noch in krankenhausesindividueller Betrachtungsweise liefert die Variable „Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus“ einen Hinweis oder Beitrag zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer weder für eine der Krankenhausgruppen (KHUniMax, KHAndere) noch für eine der Leistungsgruppen (DRGAlle, DRGAVL, DRGSVL, DRGRegelVUD, DRGMaxVUD).

3.4.7.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Korrelationsuntersuchungen

Im Rahmen der Erstellung des Extremkostenberichts 2016 wurde für eine Reihe von verschiedenen Variablen untersucht, ob eine Korrelation zur (mittleren) Deckung der Kostenausreißer besteht:

1. Für eine Vielzahl von Variablen (insbesondere solche mit Krankenhausbezug wie Fall- oder Ausreißeranzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Bettenzahl, Case-Mix, Case-Mix-Index und DRG-Anzahl) konnten Inhomogenitätskorrelationen nachgewiesen werden. Diese eignen sich nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer.
2. In allen Leistungsgruppen existiert eine stark positive Korrelation zur mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses, was sich in einem kausalen Zusammenhang bringen lässt. Das bedeutet, dass mit zunehmenden mittleren Kosten bei den typischen Fällen der betreffenden Leistungsklasse die Deckung der Kostenausreißer je Krankenhaus abnimmt. Die Korrelationen mit der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses sind die stärksten Korrelationen, die im Rahmen der Korrelationsanalyse gefunden wurden.

3. In den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD lassen sich Korrelationen mit der relativen Verweildauer, der Anzahl der kodierten Prozeduren und des patientenbezogenen Gesamtschweregrads PCCL ermitteln, wobei die drei genannten Variablen untereinander positiv korrelieren. Für die Variablen der relativen Verweildauer und des PCCL liegen in Teilbereichen nach Konzeption des G-DRG-Systems formale bzw. stark definitorisch geprägte Zusammenhänge vor.
4. Hinsichtlich der Deckung der Kostenausreißer bei den spezialisierten Versorgungsleistungen in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD wurden keine weiteren Korrelationen zu den untersuchten Variablen gefunden.
5. Sehr umfangreich wurde die Variable „Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus“ in aggregierter und krankenhausesindividueller Betrachtungsweise untersucht. Eine Korrelation zur mittleren Deckung der Kostenausreißer existiert für diese Variable nicht.

3.4.8 Verbesserung der Vergütung von Extremkostenfällen durch Anpassungen der G-DRG-Klassifikation für 2016

Wie in Kapitel 3.3 umfangreich dargestellt, kann die Weiterentwicklung des G-DRG-Entgeltsystems in erheblichem Maße zu einer verbesserten Vergütung von Extremkostenfällen beitragen. Die Analyse auf eine mögliche Verbesserung der Abbildung besonders teurer (oder auch erheblich weniger teurer) Fälle stellt seit Jahren einen Schwerpunkt der alljährlichen Arbeiten am G-DRG-System dar. Dabei kommen Impulse sowohl von extern – sei es im sogenannten Strukturierten Dialog (Vorschlagsverfahren), sei es aufgrund von Rückmeldungen der Kalkulationskrankenhäuser – als auch als Ergebnis interner Analysen.

Zu quantifizieren, inwieweit ein Systemumbau die Vergütung von Ausreißerfällen beeinflusst, kann eine mitunter sehr komplexe Aufgabe sein: Gerade in den besonders erlösrelevanten Themenbereichen (etwa der Intensivmedizin) erfolgt typischerweise eine Vielzahl von zum Teil aufeinander aufbauenden Einzelumbauten, die sich über mehrere Wochen der Kalkulationsphase erstrecken und von anderen Systemveränderungen, jeweils neuen Katalogableitungen einschließlich Zuschlägen, Fallplausibilisierungen und zum Teil mehrfachen Anpassungen der Bezugsgröße begleitet sind. Im Ergebnis ergeben sich somit neben Fallwanderungen („Fall wechselt die DRG“) mit entsprechenden Erlösauswirkungen auch erhebliche Effekte auf die Vergütung der DRG, die sich durch Wegnahme oder Zufügen der verschobenen Fälle in Kosten- und Verweildauerparametern jeweils ändern. Hinzu kommen systemische Auswirkungen wie beispielsweise durch Änderungen der Bezugsgröße. Um in erster Linie die aus den Umbauten resultierenden Vergütungsveränderungen der Kostenausreißer darzustellen, ist für die nachfolgenden Analysen zum einen die zur Erlösberechnung herangezogene Fallmenge stets konstant (Extremkostenfälle gemäß G-DRG 2016, unabhängig davon, ob die Fälle auch im G-DRG-System 2015 als Extremkostenfälle bewertet worden sind), zum anderen werden nur Fälle berücksichtigt, die sowohl im G-DRG-System 2015 als auch im G-DRG-System 2016 bewerteten DRGs zugeordnet werden können. Wenn die zu analysierende Fallmenge durch Parameter definiert ist, die sich durch die Systemweiterentwicklung ändern können (z.B. DRG, MDC, PCCL), wird immer die Fallmenge nach dem G-DRG-System 2016 herangezogen (sofern nicht anders dargestellt). Bei anderen Parametern wie z.B. OPS-Kodes (immer gemäß OPS Version 2014) ergibt sich diese Problematik nicht.

Bereits im ersten Extremkostenbericht konnte gezeigt werden, dass der umfangreiche Umbau der intensivmedizinischen DRGs für 2015 (unter erstmaliger Verwendung des Attributs der hochaufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung) in ganz erheblicher Weise die Kostendeckung von Extremkostenfällen wie auch aller Fälle mit diesen Leistungen verbessert hat.

Nachfolgend werden die Auswirkungen einiger wesentlicher Veränderungen des G-DRG-Systems 2016 für die Vergütung von Extremkostenfällen aufgezeigt:

- Fälle mit hochaufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung („Super-SAPS“, als Fortführung der Analyse im letztjährigen Extremkostenbericht)
- Fälle mit „normaler“ intensivmedizinischer Komplexbehandlung
- Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter („Kinder-SAPS“)
- Fälle mit den neu etablierten PCCL-Werten 5 und 6 („schwerste CC“)

Grundsätzlich kann sich die Systemweiterentwicklung auf verschiedene Arten auf die Vergütung von Fällen auswirken:

- (A) Direkte Aufwertung von Fällen durch Zuordnung zu einer höherwertigen DRG
- (B) Mittelbare Auswirkung solcher Fallverschiebungen auf die Herkunfts-DRG(s) der Fälle (typischerweise Verminderung der mittleren Kosten der Herkunfts-DRG durch Herausnahme überdurchschnittlich teurer Fälle)
- (C) Mittelbare Auswirkung solcher Fallverschiebungen auf die Ziel-DRG der Fälle (je nach Verhältnis der Kosten ist eine Steigerung oder Verminderung der mittleren Kosten dieser DRG prinzipiell möglich)
- (D) Durch den Umbau bedingte Veränderungen von Verweildauerparametern, beispielsweise veränderte obere Grenzverweildauern

Eine Betrachtung allein der durch einen Umbau einer anderen DRG zugeordneten Fälle (also isoliert von (A)) bzw. der entsprechenden Kostenausreißerfälle zeigt typischerweise eine deutliche Verbesserung der Kostendeckung. Die Aussagekraft einer solchen Analyse wäre jedoch eingeschränkt, da Effekte gemäß (B), (C) oder (D) auch zu einer Verminderung der Kostendeckung (wie prinzipiell auch zu einer noch stärkeren Verbesserung) führen können, die dann unberücksichtigt blieben. Nachfolgend wird deshalb stets die Gesamtmenge aller Extremkostenfälle untersucht, die die jeweiligen Attribute aufweisen.

Hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung („Super-SAPS“)

Im Extremkostenbericht des Vorjahres wurde gezeigt, dass die erstmalige differenzierte Abbildung des „Super-SAPS“ für die G-DRG-Version 2015 für Fälle mit Punktwerten von 1.657 oder mehr zu einer sehr deutlichen Erlösverbesserung sowohl für diese Fälle insgesamt als auch für die Teilmenge der Kostenausreißer geführt hat.

Die Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2016 setzt diese Tendenz zur erheblich besseren Vergütung der Fälle mit hochaufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung fort, was sich sowohl für Fälle mit Punktwerten ab 1.657 wie auch für Fälle mit Punktwerten ab 553 zeigt – beide Werte stellen typische, häufig erlösrelevante Schwellenwerte für diese Codes dar (vgl. Abb. 83).

Extremkostenfälle mit „Super-SAPS“ ab 1.657 Punkten			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kostendeckung pro Fall
G-DRG 2014/15	154	+16.991 €	
G-DRG 2014/16	154	+22.052 €	+5.062 €

Extremkostenfälle mit „Super-SAPS“ ab 553 Punkten (einschließlich ab 1.657)			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kostendeckung pro Fall
G-DRG 2014/15	834	+12.214 €	
G-DRG 2014/16	834	+15.135 €	+2.921 €

Abbildung 83: Extremkostenfälle mit „Super-SAPS“ ab 553 Punkten bzw. ab 1.657 Punkten, Datenjahr 2014

Bezieht man alle Extremkostenfälle mit „Super-SAPS“ (auch unterhalb aller gruppierungsrelevanten Schwellen) ein, ergibt sich von 2015 auf 2016 im Mittel pro Fall immer noch eine um 390 € verbesserte Kostendeckung (bei 8.918 Extremkostenfällen mit „Super-SAPS“).

Intensivmedizinische Komplexbehandlung („Normal-SAPS“)

Obwohl der Fokus der Systemweiterentwicklung für 2016 noch ein wenig stärker auf den beiden noch aufwendigeren Komplexbehandlungen („Super-SAPS“ und „Kinder-SAPS“) lag, zeigen auch Extremkostenfälle mit hohen Punktwerten des „Normal-SAPS“ weiterhin eine deutlich positive Kostendeckung, die jedoch für 2016 im Vergleich zum Vorjahressystem leicht abgenommen hat (vgl. Abb. 84).

Extremkostenfälle mit „Normal-SAPS“ ab 553 Punkten			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kostendeckung pro Fall
G-DRG 2014/15	600	+23.578 €	
G-DRG 2014/16	600	+22.540 €	-1.038 €

Abbildung 84: Extremkostenfälle mit „Normal-SAPS“ ab 553 Punkten, Datenjahr 2014

Die dargestellten Punktwerte von 553 oder mehr werden typischerweise nur von Fällen mit langen und aufwendigen Intensivaufenthalten erreicht. Die SAPS-Kodes als Erkennungsmerkmal hochkomplexer Fälle und oft auch Vergütungsauslöser für hoch bewertete DRG-Fallpauschalen wirken somit in einem Bereich, der in besonders ausgeprägter Weise das Risiko von Hochkostenfällen trägt. Die oben dargestellten Ergebnisse zeigen deutlich, dass für diese hochaufwendigen Fälle das G-DRG-System 2016 (wie auch bereits das System des Vorjahres) nicht lediglich zur Risikominderung beiträgt, sondern sogar zu einer ausgeprägten Überfinanzierung führt.

Die absolut sehr hoch erscheinenden Werte für die Kostendeckung dieser Fälle sollten im Kontext mit der sehr hohen mittleren Verweildauer dieser Fälle gesehen werden: Bei einer mittleren Verweildauer von 77 Tagen für die Ausreißerfälle mit „Normal-SAPS“ ab 553 ergibt

sich eine Deckung von +293 € pro Tag, bei den Fällen mit „Super-SAPS“ (mVWD = 66 Tage) ergeben sich +229 € pro Tag.

Fälle mit aufwendigen Intensivtherapien und hohen Kosten auf Intensivstation standen nicht nur bei der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation, sondern auch bei den fallbezogenen Rückfragen zu Extremkostenfällen im Fokus des InEK. Dabei wurde eine größtmögliche Differenzierung zwischen den alleraufwendigsten und weniger hoch aufwendigen Fällen angestrebt, auch hinsichtlich der in den Kalkulationskliniken zugrunde gelegten Kostensätze. Dass die Übervergütung von Fällen mit „Normal-SAPS“ gemäß G-DRG-System 2016 im Vergleich zum Vorjahr leicht zurückgeht, ist auch ein Ergebnis dieser Ausdifferenzierung.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter

Diese Leistung zeigt – bei wesentlich geringeren Fallzahlen – ein sehr ähnliches Bild wie die beiden oben dargestellten Fallgruppen (vgl. Abb. 85).

Extremkostenfälle mit „Kinder-SAPS“ ab 589 Punkten			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kosten- deckung pro Fall
G-DRG 2014/15	62	+10.687 €	
G-DRG 2014/16	62	+12.458 €	+1.771 €

Abbildung 85: Extremkostenfälle mit „Kinder-SAPS“ ab 589 Punkten, Datenjahr 2014

Aufgrund der an die besonderen Bedingungen von intensivmedizinisch behandelten Kindern angepassten Methodik der Score-Ermittlung weichen die Punktwerte des SAPS-Kodes für Kinder etwas von den oben dargestellten Erwachsenen-Scores ab. Hinsichtlich der typischen mindestens zu erwartenden Intensivbehandlungsdauer entspricht die hier zur Analyse gewählte Schwelle von 589 Punkten dem für die Erwachsenen herangezogenen Wert von 553 oder mehr.

Diese auch für Kinder nachweisbare Übervergütung der besonders aufwendigen Intensivfälle illustriert gut, wie stark ein trennscharfes leistungsbezogenes Definitionskriterium (wie der „Kinder-SAPS“) zur Vergütung der Extremkostenfälle beitragen kann.

Fälle mit PCCL-Werten 5 und 6 („schwerste CC“)

Wie im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie auch in diesem Bericht umfassend dargestellt, ist die Erweiterung der PCCL-Schweregradsystematik über den PCCL 4 hinaus eine der wesentlichen Veränderungen für 2016. Da die neu etablierten PCCL-Werte 5 und 6 nur bei einer hohen Anzahl verschiedener schwerer Begleiterkrankungen und Komplikationen erreicht werden können, verwundert es nicht, dass diese Fälle mit „schwersten CC“ überdurchschnittlich oft Extremkostenfälle in ihren jeweiligen DRGs sind: Von insgesamt 64.198 Fällen mit PCCL 5 oder 6 sind 5.112 Fälle (7,97%) Extremkostenfälle. Diese zeigen sich noch mit einer deutlichen Unterdeckung pro Fall.

Extremkostenfälle mit PCCL 5 oder 6 („schwerste CC“)			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kostendeckung pro Fall
G-DRG 2014/15*	5.112	-4.754 €	
G-DRG 2014/16	5.112	-4.046 €	+708 €

Abbildung 86: Extremkostenfälle mit PCCL 5 oder 6, Datenjahr 2014

Da nur in insgesamt 10 zum Teil fallzahlschwachen DRGs das PCCL-Niveau > 4 für 2016 überhaupt gruppierungsrelevant ist, erstaunt auf den ersten Blick weniger die weiterhin bestehende Unterdeckung als vielmehr das Ausmaß, in dem diese bereits im Zuge dieses ersten, beschränkten Umbaus abnimmt.

Es ist jedoch einzuräumen, dass die dargestellte Verbesserung der Kostendeckung nicht allein auf die Etablierung von PCCL 5 und 6 als Splittkriterium zurückzuführen ist. Untersucht man lediglich die zehn Basis-DRGs, in denen gemäß G-DRG 2016 ein PCCL über 4 gruppierungsrelevant ist, zeigen sich deutlich geringere Fallzahlen – jedoch auch ein deutlich positiver Effekt der Weiterentwicklung auf die Kostendeckung (vgl. Abb. 87).

Extremkostenfälle mit PCCL 5 oder 6 – in den Basis-DRGs A11, A17, B02, ... , Y03			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kostendeckung pro Fall
G-DRG 2014/15*	322	-1.335 €	
G-DRG 2014/16	322	-660 €	+675 €

Abbildung 87: Extremkostenfälle mit PCCL 5 oder 6 in ausgewählten Basis-DRGs, Datenjahr 2014

Folglich ist ein Teil der verbesserten Deckung für die Gesamtmenge der Kostenausreißer mit schwersten CC auf andere Weiterentwicklungen der DRG-Klassifikation zurückzuführen, da diese Fälle nicht selten auch andere umbaurelevante Parameter (wie insbesondere die intensivmedizinische Komplexbehandlung) aufweisen.

Die verbesserte Deckung zeigt sich jedoch auch (weniger stark ausgeprägt), wenn man alle Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung aus der Analyse ausblendet (vgl. Abb. 88).

Extremkostenfälle mit PCCL 5 oder 6 – ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung			
DRG-System	Fallzahl	Deckung pro Fall	Veränderung der Kostendeckung pro Fall
G-DRG 2014/15*	1.794	-5.316 €	
G-DRG 2014/16	1.794	-5.011 €	+305 €

Abbildung 88: Extremkostenfälle mit PCCL 5 oder 6 ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung, Datenjahr 2014

* Zur Erinnerung (siehe auch Darstellung am Anfang des Abschnitts): Im G-DRG-System 2014/2015 gibt es noch keinen PCCL größer 4. Hier sind somit entsprechend der dargestellten Methodik die Fälle mit einem PCCL > 4 gemäß G-DRG 2014/2016 sowie deren Erlöse nach Fallpauschalen-Katalog 2015 aufgeführt.

Es ist somit zu erwarten, dass die Fortsetzung der Analysen zum PCCL 5 und 6 im laufenden Jahr noch erhebliches Potential für die verbesserte Abbildung von Extremkostenfällen birgt.

Zwischenfazit

Am Beispiel der oben dargestellten Systemveränderungen des G-DRG-Algorithmus für 2016 ist deutlich erkennbar, dass auch massive Verbesserungen der Vergütung von Kostenausreißerfällen weiterhin durch die reguläre Systemweiterentwicklung zu erreichen sind.

Insbesondere illustrieren die dargestellten Ergebnisse zur Intensivmedizin gut, auf welchen wesentlichen Voraussetzungen diese gelungene und in höchstem Maße erlöswirksame Weiterentwicklung beruht:

- Trennscharfe und operationalisierbare Beschreibung der hochaufwendigen Fälle (beispielsweise mittels geeigneter OPS-Kodes)
- Sachgerechte Kostenkalkulation, die in der Lage ist, auch sehr teuren Fällen verursachungsgerecht realitätsnahe Kosten zuzuweisen
- Problembewusstsein für Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Extremkostendatenbank, Eingaben im Vorschlagsverfahren oder internen Analysen

Auch nach mehr als zehn Jahren der konsequenten Weiterentwicklung erscheinen die Möglichkeiten zur Systementwicklung weiterhin nicht ausgereizt. Die Verbesserung der Abbildung hochaufwendiger Fälle wird auch in Zukunft eines der zentralen Elemente des lernenden Systems sein. Dabei spielt, wie bereits mehrfach dargestellt, auch die Vergütung über ZE und NUB eine entscheidende Rolle, die aufgrund der Methodik dieses Extremkostenberichts (vgl. Kap. 3.3.7) jedoch in den vorgelegten Kennzahlen systematisch unterschätzt wird.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung

Für die Erstellung des Extremkostenberichts wurden die Daten von 241 Krankenhäusern aus der Kalkulationsstichprobe analysiert.

Für eine aggregierte Betrachtung wurden die DRGs nach ihrem Charakter der Leistungserbringung in die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD unterteilt. Die in der Leistungsgruppe DRGAVL bzw. DRGRegelVUD zusammengefassten Leistungen sind durch eine eher allgemeine Versorgungssituation gekennzeichnet, d.h. diese Leistungen werden typischerweise von vielen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Die in der Leistungsgruppe DRGSVL bzw. DRGMaxVUD zusammengefassten Leistungen sind durch eine eher spezielle Versorgungssituation gekennzeichnet, d.h. diese Leistungen werden typischerweise von wenigen Krankenhäusern in Deutschland erbracht.

Darüber hinaus wurden ergänzend weitere Leistungsgruppen mit spezifischen Leistungsinhalten untersucht: DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko.

Für die Krankenhäuser wurden ebenfalls zwei Krankenhausgruppen gebildet: KHUniMax mit 17 Krankenhäusern (Universitätskliniken und Maximalversorger) sowie die anderen 224 Krankenhäuser (KHAndere). Für eine vertiefende Analyse wurden die drei Verweildauergruppen Kurzlieger, Inlier und Langlieger gebildet.

Für den vorliegenden Bericht wurden im Vergleich zum Vorjahr keine methodischen Veränderungen an der Vorgehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer etabliert, damit die Ergebnisse des vorliegenden Berichts mit den Ergebnissen des Extremkostenberichts 2015 verglichen werden können, ohne jeweils analysieren zu müssen, ob und, wenn ja, inwieweit sich unterschiedliche Ergebnisse auf die Anpassung der Herangehensweise zurückführen lassen. Abweichungen können sich damit nur noch dadurch ergeben, dass mit dem Datenjahr 2014 eine neue, anders zusammengesetzte Stichprobe als Analy-

semenge zur Verfügung steht und die Daten für die finale Analyse zum Extremkostenbericht nach dem aktuellen G-DRG-System gruppiert werden. Darüber hinaus wurden auch erstmals durchgeführte Analysen, insbesondere Korrelationsrechnungen, in den vorliegenden Bericht aufgenommen.

Im Ergebnis ist festzuhalten:

1. Das wahre Ausmaß der Belastung durch Kostenausreißer ist unbekannt, da aufgrund der Fülle der zu analysierenden Fälle umfangreiche Einzelfallplausibilisierungen nicht vollständig durchgeführt werden können. Zudem gingen bis zum Ende der Analyse zu einem nennenswerten Teil der detailliert nachgefragten Fälle keine Rückmeldungen ein.
2. Bei etwa gleichbleibender Anzahl der Kostenausreißer im Vergleich zum Datenjahr 2013 geht die Belastung durch Kostenausreißer insgesamt von 30,7 Mio. € (Datenjahr 2013 gruppiert nach G-DRG-System 2015) auf 5,3 Mio. € (Datenjahr 2014 gruppiert nach G-DRG-System 2016) zurück. Dabei ist das Ausmaß der Kostenunterdeckung durch drei Krankenhäuser mit strukturellen Besonderheiten im Datenjahr 2014 in einer unbekanntem Größenordnung überzeichnet.
3. Die Kostenunter- und -überdeckungen der Lower- und Upper-Kostenausreißer gleichen sich innerhalb der Gruppe der Kostenausreißer nicht aus; vielmehr entstehen insgesamt Kostenunterdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer.
4. Die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen eine höhere durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer auf als die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere.
5. Die Belastung der Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax resultiert aus der Kostenunterdeckung in den DRGs der Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung.
6. In der Analyse der durch Kostenausreißer verursachten Unterdeckung nach Leistungsgruppen zeigt sich, dass die Belastung durch Kostenausreißer in den Leistungsgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist. Dabei zeichnen sich die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgungsleistungen (DRGSVL und DRGMaxVUD) durch eine Kostenüberdeckung aus. Die durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall ist in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD und die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD am deutlichsten ausgeprägt. Auch bei der Analyse von Veränderungen der Kostendeckung durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zeigt sich tendenziell, dass die stark spezialisierten Leistungen die höchste Kostenüberdeckung aufweisen.
7. Die Kostenunterdeckung resultiert im Wesentlichen aus der Kostenunterdeckung der Langlieger. Kurzlieger zeigen regelhaft eine Kostenüberdeckung. Die angepassten Langliegerzuschläge in den entsprechenden DRGs haben die Deckungssituation der Langlieger in den DRGs der spezialisierten Versorgungsleistungen bereits erheblich verbessert.
8. Der Anteil an Kostenausreißern ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere; die Unterschiede in den identifizierten Anteilen sind für zahlreiche DRGs signifikant.
9. Bei den gesondert betrachteten Leistungsgruppen DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko zeigt sich – mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGOnko für die Krankenhausgruppe KHUniMax – jeweils eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle.
10. Die Analysen belegen, dass die Etablierung ergänzender Entgelte (Zusatzentgelte, NUB-Entgelte) sowie die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erhebliches Potential zur Reduzierung der Belastung durch Kostenausreißer aufweist, wobei 2015 oder

2016 neu etablierte ZE- oder NUB-Entgelte in dieser Betrachtung noch nicht sichtbar sind.

11. Für eine Reihe von Merkmalen aus dem §-21-Datensatz wurde untersucht, ob eine Korrelation zur (mittleren) Deckung der Kostenausreißer besteht: Für alle Leistungsgruppen existiert eine stark positive Korrelation zur mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses. Das bedeutet, dass sich mit zunehmenden mittleren Kosten bei den typischen Fällen der betreffenden Leistungsgruppe die Deckung der Kostenausreißer je Krankenhaus vermindert. Die Korrelationen mit der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses sind die stärksten Korrelationen, die im Rahmen der Korrelationsanalyse gefunden wurden. Es liegt nahe, dass es sich bei dieser Korrelation um einen kausalen Zusammenhang handelt.
12. Für die Merkmale Fall- bzw. Ausreißeranzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Bettenzahl, Case-Mix, Case-Mix-Index und DRG-Anzahl konnten Inhomogenitätskorrelationen nachgewiesen werden. Diese Merkmale eignen sich nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer.
13. Für die Merkmale relative Verweildauer, Anzahl der kodierten Prozeduren und patientenbezogener Gesamtschweregrad PCCL lassen sich Korrelationen ermitteln, wobei die drei genannten Variablen untereinander positiv korrelieren. Dabei handelt es sich um formale bzw. stark definitorisch geprägte Zusammenhänge.
14. Die Entfernung des Wohnorts des Patienten zum leistungserbringenden Krankenhaus und das Alter des Patienten liefern keinen Erklärungsbeitrag für die durchschnittliche Belastung durch atypische Fälle.

Die Analysen der Kostenausreißer haben zahlreiche Leistungen identifiziert, die anhand dokumentierter Merkmale einer sachgerechten Vergütung innerhalb des G-DRG-Systems durch eine Klassifikationsänderung (Zuordnung zu anderen DRGs ab 2016) zugeführt werden konnten (vgl. Kap. 3.3). Einige Anhaltspunkte für Klassifikationsänderungen haben sich im Verlauf erst zu einem so späten Zeitpunkt des Kommunikationsprozesses zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern ergeben, dass die gewonnenen Erkenntnisse erst in das G-DRG-System 2017 Eingang finden können. Die Analysen haben allerdings auch gezeigt, dass einige Themenkomplexe erst weiter aufgearbeitet werden müssen, damit diese einer klassifikatorischen Lösung zugeführt werden können. Beispielhaft sei an dieser Stelle die Abbildung der Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion genannt, bei der zwar die Leistungsdokumentation mittels OPS-Kodes zur Schärfung der differenzierten Darstellung der arbeitsteiligen Aufbereitung der Transplantate bereits verbessert wurde, aber die Kostenkalkulation der angepassten Leistungsdokumentation in den kommenden Jahren noch folgen muss.

Die Ursachen für die Kostenüber- und -unterdeckungen sind vielfältig und lassen sich nicht auf einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge reduzieren. Die Auslastung der Stationen scheint beispielsweise in der Neonatologie ursächlich für hohe Kosten zu sein. Eine Auslastungsproblematik kann durch vielfältige, interdependente Ursachen entstehen; diese Ursachenanalyse kann nicht Gegenstand der Analysen im Rahmen der Erstellung des Extremkostenberichts sein.

Für die sachgerechte Vergütung von teilweise auftretenden hohen Einzelkosten, z.B. bei Medikamenten oder Implantaten, wurden im G-DRG-System Zusatzentgelte eingeführt. Die Analysen haben gezeigt, dass die Etablierung von Zusatzentgelten zielführend war. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass teilweise Medikamente, für die keine Zusatzentgelte etabliert wurden, bei Kostenausreißern eine Ursache für die Kostenunterdeckung darstellen können. Gleichwohl erfüllen diese Medikamente weiterhin nicht die Bedingungen zur allgemeinen Etablierung eines Zusatzentgelts. Der sachgerechte Umgang mit der Vergütung in dieser Situation sollte in der Selbstverwaltung für die Zukunft diskutiert werden.

Einige als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gekennzeichnete Verfahren verursachen ebenfalls Kostenunterdeckungen. Allerdings zeigen die Analysen, dass häufig eine fehlende Abrechnung (aus vielfältigen Gründen) ursächlich für Kostenunterdeckungen ist. In einigen Fällen ergibt sich die fehlende Abrechnungsmöglichkeit aus der Vergabe des entsprechenden NUB-Status im Rahmen des NUB-Anfrageverfahrens.

Unter Würdigung der vorgenannten Einschränkungen lassen sich die in Kapitel 1.2.2 aufgeführten Fragen wie folgt beantworten:

1. Gibt es in den Krankenhäusern auf DRG-Ebene oder auf Hausebene aufgrund von Kostenausreißern relevante Kostenunterdeckungen?

Wie im vorliegenden Bericht detailliert dargestellt, zeichnen sich im Gesamtsystem die Kostenausreißer durch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung aus. Die aggregierte Betrachtung auf Ebene der Leistungsgruppen bzw. der Krankenhausgruppen zeigt eine Kostenunterdeckung für die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen in der Krankenhausgruppe KHUniMax und Kostenüberdeckungen in allen anderen Konstellationen von Leistungs- und Krankenhausgruppen.

2. Stehen den Kostenunterdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene entsprechende Erlösüberdeckungen gegenüber?

Der Umfang der Unterdeckung durch Kostenausreißer insgesamt wie auch ggf. Vorhandensein und Ausmaß eines möglichen Ausgleichs unterdeckter Upper-Kostenausreißer durch überdeckte Lower-Kostenausreißer ist stark abhängig von der Leistungs- und Krankenhausgruppe. Diese Aussage gilt selbstverständlich noch verstärkt für einzelne Häuser oder einzelne DRGs. Rund 42% der DRGs zeichnen sich durch eine Gesamtüberdeckung der Kostenausreißer aus; diese DRGs enthalten rund 37% der Fälle der Analysemenge. Damit ist der Anteil der DRGs mit Kostenüberdeckung der Kostenausreißer vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 um rund 4 Prozentpunkte angestiegen. Der Fallanteil dieser DRGs steigt sogar um 10 Prozentpunkte.

3. Sind saldierte Kostenunter- und -überdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt?

Kostenunter- bzw. -überdeckungen durch Ausreißer sind auf DRG-Ebene und auf Hausebene stark unterschiedlich zwischen den Krankenhäusern verteilt. Die Belastung durch Kostenausreißer ist auf der Hausebene stark vom Leistungsportfolio abhängig. Jedoch zeigen sich auch in einer an das jeweilige Leistungsportfolio der Häuser angepassten Analyse noch erhebliche Unterschiede zwischen den Häusern hinsichtlich ihrer Belastung durch Kostenausreißer.

Rund 60% der Häuser zeichnen sich durch eine Überdeckung der Kostenausreißer aus. Damit zeigen rund 40% der Häuser eine Unterdeckung der Kostenausreißer. Damit ist der Anteil der Krankenhäuser mit Kostenüberdeckung der Kostenausreißer vom Datenjahr 2013 zum Datenjahr 2014 um rund 5 Prozentpunkte angestiegen.

4. Wie stellen sich Kostendeckungssalden auf DRG-Ebene oder auf Hausebene im Zeitverlauf dar?

Die Analyse und der Vergleich der Kostendeckungssalden als Folge der Veränderungen im DRG-System sind nicht überlagerungsfrei möglich, da sich im Zeitverlauf zugleich Veränderungen der zugrunde liegenden Falldatenmengen wie auch bei der Anwendung der Verteilungsfunktionen ergeben. Die durch die Veränderungen der DRG-Eingruppierungssystematik, die Änderungen der verwendeten Fallmenge sowie die dynamisch angewende-

ten Verteilungsfunktionen entstehenden Extremkosteneffekte lassen sich nicht vollständig voneinander trennen.

Die im Vergleich zum Datenjahr 2013 von insgesamt 30,7 Mio. € (Datenjahr 2013 gruppiert nach G-DRG-System 2015) auf 5,3 Mio. € (Datenjahr 2014 gruppiert nach G-DRG-System 2016) zurückgegangene Belastung durch Kostenausreißer (bei etwa gleichbleibender Anzahl der Kostenausreißer) lässt sich somit vermutlich nicht in Gänze auf die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zurückführen.

5. *Lassen sich Kostenausreißer sachgerecht über Patientenmerkmale identifizieren und über Anpassung von DRG-Splits oder die Einführung von Zusatzentgelten abbilden?*

Im Rahmen der Entwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2016 konnten im dargestellten Maße Patientenmerkmale für Extremkostenfälle identifiziert und durch Anpassungen in der G-DRG-Systematik Verbesserungen bei der Vergütung dieser Kostenausreißer herbeigeführt werden (siehe hierzu Kap. 3.3). Die konkrete Verbesserung der Kostendeckung dieser Fälle ist, wie ausgeführt, nicht exakt ermittelbar, aber von erheblicher Bedeutung für die im Zeitverlauf verbesserte Kostendeckung. Dies gilt in gleicher Weise für Zusatzentgelte, die jedoch aus methodischen Gründen zum Teil erst mit Verzögerung im Extremkostenbericht sichtbar werden.

6. *Lassen sich besonders mit Kostenausreißern belastete Krankenhäuser grundsätzlich mit vertretbarem Aufwand anhand von Strukturmerkmalen in den Leistungs-, Abrechnungs- und Kalkulationsdaten sachgerecht ermitteln? Strukturmerkmale könnten beispielsweise Parameter des §-21-Datensatzes und/oder weitere hausbezogene Indikatoren wie die Bettenzahl, die Versorgungsstufe oder der Spezialisierungsgrad sein.*

Die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt im Durchschnitt eine signifikant erhöhte Belastung durch Kostenausreißer hinsichtlich des Anteils an Kostenausreißern wie auch des Umfangs der Unterdeckung. Nur wenige Häuser aus dieser Krankenhausgruppe sind unterdurchschnittlich mit Kostenausreißern belastet.

Allerdings finden sich auch in der Krankenhausgruppe KHAndere Häuser mit überdurchschnittlicher Belastung hinsichtlich des Anteils an Kostenausreißern.

Für eine Vielzahl von Variablen (insbesondere solche mit Krankenhausbezug wie Fall- oder Ausreißeranzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Bettenzahl, Case-Mix, Case-Mix-Index und DRG-Anzahl) konnten Inhomogenitätskorrelationen nachgewiesen werden. Diese eignen sich nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer. Das Alter und die Entfernung des Wohnorts des Patienten zum leistungserbringenden Krankenhaus zeigen keine Korrelation zur mittleren Deckung der Kostenausreißer. In allen Leistungsgruppen existiert eine stark positive Korrelation zur mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses, was einen kausalen Zusammenhang nahelegt.

7. *Lassen sich Ursachen von Kostenausreißern und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern ermitteln, die nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sind?*

Diese Frage lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht analysieren, da bei den multifaktoriellen Einflüssen auf die Leistungen und Kosten nicht zweifelsfrei festgestellt werden kann, welcher Einflussfaktor mit welchem Beitrag die Ursache für identifizierte Auffälligkeiten darstellt. Im Einzelfall mag dies sogar noch möglich sein, in einer Krankenhaus- oder DRG-bezogenen Analyse allerdings nicht. Darüber hinaus ist anzumerken, dass nicht abschließend geprüft werden kann, in welchem Umfang ggf. Kostenunter- und -überdeckungen durch die Kostenkalkulation entstehen, ohne dass dies durch die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK zu identifizieren wäre.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die präsentierten Ergebnisse unter den folgenden Aspekten zu würdigen sind:

1. Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse werden auch durch die verwendete Methodik zur Berechnung der bereinigten Kosten bedingt. Würden die Kosten nach einer anderen Methodik bereinigt werden, hätte dies Auswirkungen auf die funktionale Form der betrachteten Verteilungsfunktionen und damit auf die Grenzwerte zur Bestimmung der Lower- und Upper-Kostenausreißer. Die differierenden funktionalen Verläufe und Grenzwerte würden dann im Ergebnis auch andere Fälle als Lower- und Upper-Kostenausreißer identifizieren.
2. Die vorgegebene Methodik zur Bestimmung von Kostenausreißern führt definitionsgemäß dazu, dass bei einer Analysemenge von rund vier Millionen Fällen die Anzahl der Kostenausreißer zwischen 248.000 und 290.000 Fällen liegt. Diese Anzahl lässt sich in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht einmal annähernd mit der gebotenen Güte analysieren. Entsprechend wurde nur ein Teil der Kostenausreißer (mit den ausgeprägtesten Werten) einer ausführlichen Analyse zugeführt.
3. Damit verbleibt ein gewisses Maß an Ungenauigkeit hinsichtlich der Datenqualität der Kalkulationsdatensätze für Kostenausreißer, insbesondere in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD, die sich durch DRGs mit hohen Fallzahlen auszeichnen.
4. Die Analyse der Kostenausreißer für den Extremkostenbericht wurde erst zum zweiten Mal durchgeführt. Die Analyse erfolgte auf Basis der Daten des Jahres 2014. Damit kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass einige Ergebnisse reine Zufallsergebnisse sind, die sich in der kommenden Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2015 nicht replizieren lassen.

Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen ist festzuhalten, dass Verallgemeinerungen der vorliegenden Ergebnisse allenfalls eingeschränkt möglich sind.

4 Ausblick

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK sorgen abstrahierend vom Einzelfall dafür, dass eine qualitativ hochwertige Datengrundlage für die Pflege und Weiterentwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems geschaffen wird. Gleichwohl wurden auch in der Vergangenheit auffällige Kostenwerte (nach oben und nach unten) einer sorgfältigen Prüfung unterzogen. Mit der vertiefenden Analyse von Kostenausreißern haben sowohl das InEK als auch die Kalkulationskrankenhäuser im vergangenen Jahr Neuland betreten. Entsprechend mussten sich auch die Kommunikationsprozesse im Laufe der Zeit – auch noch im Datenjahr 2014 – neu einspielen. Die teilweise immer noch fehlende Routine im Informationsaustausch zu den Kostenausreißern zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern hat u.a. dazu geführt, dass die Belastung des InEK und insbesondere der Kalkulationskrankenhäuser erneut auf ein sehr hohes Maß angehoben wurde.

Die jährliche Erstellung eines Extremkostenberichts ist ein kontinuierlich zu verbessernder Prozess, der im Jahr 2014 erstmals durchgeführt wurde. Sowohl im InEK als auch in den Kalkulationskrankenhäusern lagen 2014 noch keine Strukturen für einen reibungslosen Kommunikationsprozess vor. Diese Strukturen wurden 2014 aufgebaut und für 2015 auf Basis der Erfahrungen bei der Erstellung des ersten Extremkostenberichts weiterentwickelt. Dennoch bedürfen die Prozesse sicherlich noch einer kontinuierlichen Überarbeitung zur weiteren Optimierung des gemeinsamen Miteinanders. Auch die inhaltliche Analyse konnte einer Weiterentwicklung unterzogen werden. Neben die bereits für den ersten Extremkostenbericht etablierten Analysen sind weitere Auswertungen und Zusammenhangsanalysen der Kostenausreißer hinzugetreten.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Analysen und dem Kommunikationsprozess des Jahres 2015 werden genutzt, um das Verfahren zur Analyse der Kostenausreißer im kommenden Jahr weiter zu verfeinern. Im Fokus soll dabei u.a. eine weitere Verbesserung des Kommunikationsprozesses dahingehend stehen, dass durch Standardisierung die Belastung der Kalkulationskrankenhäuser nochmals reduziert werden kann. Eine Vielzahl von Rückfragen an die Kalkulationsteilnehmer liegt in der Natur der Sache und kann nicht vermieden werden; allerdings können Redundanzen weiter abgebaut und Fragestellungen so präzisiert werden, dass Rückfragen des InEK zu den Antworten der Krankenhäuser weitestgehend vermieden werden können.

Aufgrund der Belastung mit der Kostenkalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern und auch im InEK konnten zahlreiche Rückfragen erst im Herbst (bis in den Dezember hinein) abschließend geklärt werden.

Hinweise für weitere Anpassungen in der Klassifikation werden für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2017 untersucht und bei Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit entsprechend umgesetzt. Arbeiten zu Themenkomplexen, die einer mehrjährigen Entwicklung bedürfen, werden begonnen, um die angestrebte Verbesserung der sachgerechten Vergütung schnellstmöglich umsetzen zu können. Nach Bildung erster gesondert betrachteter Leistungsgruppen für die diesjährige Analyse soll der beschrittene Weg der differenzierteren Betrachtung im folgenden Jahr durch Bildung weiterer Leistungsgruppen beispielsweise bei der Behandlung von Kindern fortgesetzt werden. Dafür ist eine strikte Plausibilisierung der entsprechenden Kostenausreißer erforderlich, um auszuschließen, dass in die Analyse kalkulatorische Artefakte eingeschlossen werden, die zu einem verzerrten Bild bei der Betrachtung der atypischen Fälle führen könnten. Dazu werden unverändert Nachfragen an die Kalkulationsteilnehmer, beispielsweise zu den genauen Kostenzuordnungen bei variablen und fixen Kostenbestandteilen, erforderlich werden.

Für die Kalkulation ab dem Datenjahr 2015 werden weitergehende Klarstellungen für die zukünftigen Kalkulationen herausgegeben, um die Anzahl der formulierungsbedingten Auffälligkeiten deutlich zu reduzieren. Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass zahlreiche Nachfragen zu Kostenausreißern auf Kostenauffälligkeiten in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige

Diagnostik und Therapie) basieren. Ursächlich für die Nachfragen ist u.a. die heterogene Zusammensetzung der Kostenstellengruppe mit kostenintensiven und wenig kostenintensiven Kostenstellen. Entsprechend wird zur Homogenisierung der Zusammensetzung die Kostenstellengruppe 11 beginnend mit dem Datenjahr 2016 (Datenlieferung zum 31. März 2017) in drei Kostenstellengruppen aufgeteilt. Die Differenzierung folgt einer Orientierung an der Leistungserbringung der zuzuordnenden Kostenstellen: Kostenstellen mit überwiegend diagnostischem Charakter finden sich in Kostenstellengruppe 11 (Diagnostische Bereiche), Kostenstellen mit überwiegend therapeutischem Charakter finden sich in Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren), und Kostenstellen, die überwiegend durch die Untersuchung von und den Umgang mit Patienten im Rahmen der stationären Aufnahme charakterisiert sind, finden sich in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme).

Bei einigen fallzahlstarken DRGs der allgemeinen Versorgungsleistungen ist die Methodik der Identifikation von Kostenausreißern zu hinterfragen. Wie im Bericht dargestellt, liefert die Methodik hier eine hohe Anzahl von Kostenausreißern mit geringen Kostenunterdeckungen, die bei näherer Betrachtung eher nicht als Kostenausreißer im intendierten Sinne des Extremkostenberichts gemeint sind. Hier sollte aus Sicht des InEK eine Präzisierung der Methodik erfolgen, um mit einer geschärften Definition die Kostenausreißeridentifikation einer sachgerechteren Lösung zuführen zu können.

Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass wir den Kalkulationskrankenhäusern mit den zahlreichen Rückfragen zu Kostenausreißerfällen im Laufe des Jahres erhebliche Mühen bereitet haben. Der vorliegende Bericht und die aus den zahlreichen Rückmeldungen der Krankenhäuser resultierenden Erkenntnisse für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wären ohne den überaus engagierten und konstruktiven Umgang mit den Rückfragen nicht möglich gewesen. Die Anzahl der Rückfragen war, bedingt durch die Art der Analyse, allerdings nicht gleichmäßig auf die Kalkulationsteilnehmer verteilt; insbesondere die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax hatten einen erheblichen Anteil an der Gesamtbelastung zu tragen. Dieser Tatsache Rechnung tragend, ist anzustreben, in den kommenden Jahren eine weitere Verbesserung in den Abläufen zu etablieren, damit die engagierte und konstruktive Unterstützung durch die Kalkulationsteilnehmer effizienter für die Systempflege eingesetzt werden kann. Die Abfrage der Kalkulationsgrundlage bildet eine wichtige Basis für die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen. Insofern können sorgfältig, vollständig und konsistent ausgefüllte Kalkulationsgrundlagen einen erheblichen Beitrag zur Reduktion der Nachfragen leisten.

5 Anhang

DRG-Informationen

Für die 1.170 bewerteten DRGs des G-DRG-Systems 2016 werden die **Verteilungszuordnungen** (vgl. Kap. 2.1 und 3.4.1) sowie die **Kategorisierung der Leistungen** zu den Leistungsgruppen und den **gesondert betrachteten Leistungsgruppen** (vgl. Kap. 3.4.2) dargestellt.

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A04B	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A04C	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost, od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A04D	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A04E	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A04F	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > / 3220 / - Punkte	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2484 Punkte	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 und < 2353 / 1933 / 2209 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Eingr. und int. Komplexbeh. > /2208/- P.	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst., od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne InIK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit äußerst schweren CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A11I	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne InIK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, ohne äußerst schwere CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz. Alter < 16 J.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angegeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 828 / - P.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Prozedur, ohne auß. schw. CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A15B	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A15C	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder InIK > 392 / 368 / 368 Punkte	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A15D	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder schwerste CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
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	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
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	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B01Z	Mehrzellige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung oder mit schwersten CC, oder mit bestimmtem kompl. Eingriff bei Neubildung oder int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., Alter < 6 J. oder mit schwersten CC	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder mit bestimmtem komplexen Eingriff bei Neubildung oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff außer bei Neubildung oder Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmten komplizierenden Faktoren	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B03Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit intraoperativem Monitoring od. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit auß. schw. CC	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B05Z	Dekompression bei Karpatunnelsyndrom	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplizierender Diagnose oder Implantation Ereignis-Rekorder	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Implantation Ereignis-Rekorder, mit komplexem Eingriff	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne Impl. Ereign.-Rek., ohne schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne auß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigemineuralgie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigemineuralgie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	01	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B44B	Geriatrische frührehab. Komplexbehandlung bei Krankh. u. Stör. d. Nervensyst. m. schw. mot. Funktionseinschr., mit and. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls od. oh. schw. mot. Funktionseinschr., m. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder ohne schwere mot. Funktionseinschränkung, mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B64Z	Delirium	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	01	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne auß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit auß. schw. CC	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder InTK > 392 / 368 / - Punkte, mit komplizierender Diagnose oder InTK > 392 / 368 / - Punkte	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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.	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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.	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse	01	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para-/Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC	01	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para-/Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para-/Tetraplegie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para-/Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. auß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para-/Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para-/Tetrapl.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B75Z	Fieberkrämpfe	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit auß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose	01	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B77Z	Kopfschmerzen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B80Z	Andere Kopfverletzungen	01	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B84Z	Vaskuläre Myelopathien	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose	01	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kranialen Gefäßen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C02A	Eukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
C02B	Eukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C05Z	Dakryozystorhinostomie	02	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider	02	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
C13Z	Eingriffe an Tränenröhre und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C14Z	Andere Eingriffe am Auge	02	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen	02	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges	02	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	02	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges	02	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D01B	Kochleaimplantation, unilateral	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationsingriff mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationsingriff mit äußerst schweren CC	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D05A	Komplexe Parotidektomie	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose	03	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkprothese	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	03	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik	03	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationsingriff ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationsingriff	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsephithesen	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne aufw. 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.	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung	03	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spalt Nase oder Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spalt Nase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus	03	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre	04	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerster CC, Alter > 9 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag	04	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre, mit offen chirurg. Pleurolyse od. mit best. atypischen Lungenresektionen od. mit best. Brustkorbborrektur	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurg. Pleurolyse, ohne best. atypische Lungenresektionen, ohne best. Brustkorbborrektur	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit auß. schw. CC oder ARDS	04	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC	04	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35%, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre	04	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
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	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äußerst schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J., m. RS-Virus-Infekt.	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre, ohne RS-Virus-Infektion	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode oder Alter < 16 Jahre außer bei Hyperventilation	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation	04	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre	04	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Aufwandspunkte	04	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E77B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und äußerst schweren CC	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E77H	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E77I	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder myokardmodulierendes System	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein- oder Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intens.med. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter < 16 J.	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F03F	Herzklappeneingr. mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Dreifach- / Zweifacheingr., außer bei angeb. Herzfehler, ohne kompl. Eingr., außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
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	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik od. mit intraoperativer Ablation od. schwersten CC, außer bei Infarkt, ohne Reop.	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe, ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Eingr. m. Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Re-OP od. best. Bypassen, mit äußerst schw. CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdom. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdom. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe, ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F09A	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F09B	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F09C	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA oder Implantation mit Revision mit komplexem Eingriff, mit auß. schw. CC oder mit Sondenentf. mit Excimer-Laser od. Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne auß. schw. CC, oh. ablativ. Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne äußerst schwere CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminale Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 15 Jahre	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff mit bestimmten Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodes des Fußes oder komplexe Hauteingriffe	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodes des Fußes, ohne komplexe Hauteingriffe	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent, oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialem Mapping oder schweren CC bei mehr als einem Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, mit komplexer Diagnose	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder mit bestimmter Ablation	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmter Intervention	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Eingriff oder mit bestimmtem beidseitigen Eingriff oder mit bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit anderem beidseitigen Eingriff oder Mehrfacheingriff oder mit bestimmtem komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, ohne aufwendigen oder bestimmten komplexen Eingriff, ohne bestimmte oder andere beidseitige Eingriffe oder Mehrfacheingriffe, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder komplizierende Konstellation	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mehr als ein Belegungstag	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	05	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	05	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F73Z	Synkope und Kollaps	05	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofverschluss	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens	06	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > / 368 / - Aufwandspunkte	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intk > 392 / - / - Aufwandspunkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > / 368 / - Aufwandspunkte	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G04A	Adhäsiole am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G04B	Adhäsiole am Peritoneum 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, ohne Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis mit auß. schw. oder schweren CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Eingr. an abdom. Gefäßen	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsiole od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem Quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder and. Eingr. am Darm mit auß. schw. CC, mit hochkompl. Eingr. oder kompl. Diagn. oder mit sehr kompl. Eingr. oder and. Eingr. mit auß. schw. CC, mit IntK > - / 368 / - Punkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC, mit sehr komplexem Eingriff oder anderer Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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 oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
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, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte lokale Exzision am Darm, mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G21C	Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G24A	Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand	06	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G26A	Andere Eingriffe am Anus, Alter < 14 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre oder außer bei bestimmter bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G33Z	Mehrzellige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
G37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC und Alter < 15 Jahre oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd. organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei äußerst schweren CC, bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, Alter > 14 Jahre, oder bestimmte Gastroskopie, Alter < 15 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane und äußerst schweren oder schweren CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit komplizierenden Faktoren	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G47Z	Andere Gastroskopie bei komplexer Diagnose od. bestimmte and. Gastroskopie bei schw. KH der Verd. organe oder kompl. Gastroskopie bei nicht schw. KH der Verd., ohne auß. schw. od. schw. CC, Alter < 15 Jahre od. best. kompl. Gastroskopie, ein Belegungstag	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G67A	Oesophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren	06	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G67B	Oesophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	06	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G67C	Oesophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	06	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	06	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G74Z	Hämorrhoiden	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisierung	07	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisierung	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	07	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H33Z	Mehrzeitliche komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41D	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre	07	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfek. 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.	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompl. Konst., Eingr. 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	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompl. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrose od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrose od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrose	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrose, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I05B	Anderer großer Gelenkersatz	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektäreingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08A	Anderer Eingr. an Hüftgelenk und Femur, mit kompl. Mehrfacheingriff oder auß. schw. CC bei Zerebralpar. und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralpar. oder Kontraktur oder mit best. Eingr. bei Beckenfraktur oder IntK > 392 / 368 / - P.	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08B	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08C	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08D	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08E	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik oder großer Eingriff untere Extremität oder bestimmte Knocheninfektion	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08F	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- / Gelenkplastik, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08G	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08H	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., m. best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., mit best. WS-Osteosynthesen, od. bei Para- / Tetraplegie od. bei HWS-Fraktur, od. m. intervertebralen Cages > 2 Seg.	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., ohne best. WS-Osteosynthesen, ohne Para- / Tetraplegie ohne HWS-Fraktur, ohne intervertebrale Cages > 2 Seg.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10A	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I10B	Anderer Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne auß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit auß. schw. CC und > 1 BT	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10C	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei best. Spinalkanalstenose oder best. Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwendiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwendiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriff am Humerus	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13C	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	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter Epiphyseodese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose oder BNB bestimmter Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel oder BNB bestimmter Knochen	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufw. Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Proz., ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig kompl. Eingr. ohne Pseudarthrose, ohne BNB best. Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenkes oder mit bestimmter Arthrodesese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenkes, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl. Eingr. an mehr. Strahl, m. Knochenbr. m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf. / Zehenstr.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritis oder bestimmtem Diabetes mellitus	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodesese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochentransplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodesese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lok., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder BNB und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, mit äußerst schweren CC oder bei BNB und schweren CC, ohne bestimmte Diagnose und komplexen Eingriff	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als einem Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei BNB, ohne best. Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfrakturfraktur der Patella	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestellten Knochenb. bei Pseudarthrose der Hand	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I32B	Eingr. an Handg. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. b. angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand u. Alter < 16 J.	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I32C	Eingr. an Handg. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. oh. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff, oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehrtageeingriffe an der unteren Extremität	08	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopprothese oder Inlaywechsel Hüfte	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie	08	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja	
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	08	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I68B	Nicht op. beh. Erk. und Verl. im WS-Bereich, mehr als 1 BT, auß. bei Diszitis, mit auß. schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetrapl., mit kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetrapl. bei Diszitis	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I68C	Nicht operativ behandelte Erk. und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein BT, oder and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schw. CC oder mit schw. CC und Alter > 65 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder Kreuzbeinfraktur	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	08	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenkrankheiten bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag	08	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I71A	Muskel- und Sehnenkrankheiten außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
I71B	Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur	08	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
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	08	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I79Z	Fibromyalgie	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausge dehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastom os., m. auß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausge dehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
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	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
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	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisaton bei Hämangiom	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisaton bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisaton bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwendige Rekonstruktion	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung, ohne Mehrfachtumoren der Haut	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
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 oder Epidermolysis bullosa, Alter > 10 Jahre	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag	09	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC	09	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
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	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Parathyreoidektomie, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC	10	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, bei bösartiger Neubildung	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K33Z	Mehrzellige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, schwere Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC und mehr als ein Belegungstag	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag oder mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ein Belegungstag	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC und mehr als ein Belegungstag	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag	10	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K63A	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K63B	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K63C	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	10	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K63D	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektropie	11	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L05A	Transurethrale Prostatektomie mit äußerst schweren CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L05B	Transurethrale Prostatektomie ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase, ohne bestimmte kleine Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre	11	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphyxie, od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphyxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphyxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. auß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphyxie, ohne Schilddrüsenresektion	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszereingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne bestimmten Eingriff	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oder best. Eingr. Niere, ohne auß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatekt. u. kompl. Ureterorenoskopien b. Para- / Tetrapl. m. auß. schw. CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostatektomie und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L33Z	Mehrfache komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
L37Z	Multiviszereingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	11	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre	11	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre, oder bestimmte schwere Infektionen	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 2 und < 6 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 5 und < 90 Jahre	11	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastruktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 14 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L64C	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 13 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 14 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 13 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom	11	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag	11	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	12	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M02A	Transurethrale Prostatektomie mit äußerst schweren CC	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M02B	Transurethrale Prostatektomie ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M03A	Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre	12	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
M03B	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre	12	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden, oder Orchitis mit Abszess	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter < 3 Jahre	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds	12	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	12	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie	12	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	12	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC	12	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszierungseingriff	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszierungseingriff	13	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, mit CC oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstr. von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenekt.	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt.	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel	13	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Verschluss einer vesikovaginalen Fistel	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus	13	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	13	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation	13	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weibl. Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte selektive Gefäßembolisation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	13	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N33Z	Mehrzellige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenvisz bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose	13	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O01A	Scelio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft	14	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O01B	Scelio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff, Scelio od. auß. schw. CC	14	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O01C	Scelio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz. oh. auß. schw. CC	14	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O01D	Sekundäre Scelio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag. oh. auß. schw. CC	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O01E	Sekundäre Scelio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O01F	Primäre Scelio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Scelio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O01G	Primäre Scelio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O01H	Primäre Scelio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O02A	Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder kompliz. Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O03Z	Eingriffe bei Extrateringraviddität	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O05C	Intrauterine Therapie des Feten	14	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation	14	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33. vollend. SSW	14	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33. vollendete Wochen	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	14	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
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	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 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	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden	15	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
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)	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem	15	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem	15	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 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	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem	15	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 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.	15	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	15	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q01Z	Eingriffe an der Milz	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC	16	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC	16	Weibull	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Q62Z	Andere Anämie	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre	16	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
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	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
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	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	ja	ja	nein	
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit maß. kompl. Chemoth. mit best. kompl. Faktoren od. mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. kompl. Beh. MRE mit Dial. od. auß. schw. CC od. schwerste CC	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	17	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
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 oder schwersten CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, od. mit auß. schw. CC od. Tumolyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit auß. schw. CC od. Tumolyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre	17	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne auß. schw. CC, ohne kompl. Diagnose, ohne Knochenaffektionen	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	ja	nein
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	ja	nein
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
R63B	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC	17	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	ja
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit auß. schw. CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein
R63E	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten CC	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	ja
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja	ja
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja	nein
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	18A	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	18A	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	nein
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	18A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch schämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC	18A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit bestimmtem Eingriff bei Sepsis	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne bestimmten Eingriff oder außer bei Sepsis	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T36Z	int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz. kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. auß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para- / Tetraplegie	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T60C	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. auß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J., oh. Para- / Tetraplegie	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag	18B	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre	18B	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose	18B	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
U63Z	Schwere affektive Störungen	19	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	19	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
V40Z	Qualifizierter Entzug	20	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit	20	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	20	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W36Z	intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	21B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexer Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT	21B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff	21B	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC	21B	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff	21B	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers	21B	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe	21B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten	21B	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata	21B	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	22	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y02B	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. Wertz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm., > 24 Std.	22	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y02C	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.	22	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC	22	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre	22	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	23	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von Harnblasengewebe	23	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)	23	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik	23	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik	23	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaklanlass	23	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaklanlass	23	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung	23	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende	23	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	-1	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandsp., mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	-1	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne hochkomplexe oder komplexe OR-Prozedur, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	-1	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	