

InEK

Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2021

Systematische Prüfung
statistisch ermittelter
Kostenausreißer des
Datenjahres 2019

Siegburg, den 25. Mai 2021

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 BEAUFTRAGUNG DES INEK	2
1.1 Gesetzliche Grundlage	2
1.2 Auftrag der Selbstverwaltungspartner	3
1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern	4
1.2.2 Eckpunkte für den Extremkostenbericht	4
1.3 Zentrale Vorgaben der Beauftragung	5
1.3.1 Definition von Fallkosten	5
1.3.2 Datenqualität des einzelnen Behandlungsfalls	7
1.3.3 Auswahl einer geeigneten Verteilung	7
1.4 Exkurs: Die verwendeten Verteilungsfunktionen	8
1.4.1 Logarithmierte Normalverteilung	9
1.4.2 Weibull-Verteilung	9
1.4.3 Gamma-Verteilung	10
2 VORGEHENSWEISE UND DATENGRUNDLAGE	11
2.1 Identifikation von Kostenausreißern	11
2.1.1 Technisches Vorgehen	12
2.1.2 Beispiel: Identifikation von Kostenausreißern für eine DRG	14
2.2 Spannungsfeld Systementwicklung – Extremkostenbetrachtung	17
2.2.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	20
2.2.2 Report Kostenausreißer	21
2.2.3 Themenkomplexbezogene Nachfragen	24
2.2.4 Nachfrage von Einzelfällen	31
2.3 Zwischenergebnis Datenanalyse	32
3 PRÜFERGEBNIS UND VORSCHLÄGE	34
3.1 Kritische Würdigung der ermittelten Kostendeckung	34
3.1.1 Grundsätzliches	34
3.1.2 Falsch-niedrige Fallkosten	35
3.1.3 Falsch-hohe Fallkosten	36
3.1.4 Falsch-niedrige Erlöse	37
3.1.5 Falsch-hohe Erlöse	38
3.1.6 Übersicht	39
3.1.7 Nicht „falsch“ im hier beschriebenen Sinne	39
3.1.8 Dimension des Fehlers und Ausmaß der Unter- oder Überdeckung	40

3.2	Themenkomplexbezogene Prüfergebnisse	42
3.2.1	Rücklauf der Einzelnachfragen	42
3.2.2	Thematische Gliederung	43
3.3	Überarbeitung der aG-DRG-Klassifikation für 2021	50
3.3.1	Übersicht	50
3.3.2	COVID-19-Pandemie	51
3.3.3	Anpassungen bei der Abbildung von Kindern	53
3.3.4	Patientenbezogener Gesamtschweregrad	55
3.3.5	Abdominalchirurgie	56
3.3.6	Bösartige Neubildungen	57
3.3.7	Weitere Extremkostenumbauten	58
3.3.8	Auswirkungen neuer oder veränderter Zusatzentgelte und NUB	58
3.4	Analyse der Kostenausreißer	59
3.4.1	Übersicht über die Verteilungszuordnung	59
3.4.2	Kategorisierung der Leistungen	61
3.4.3	Kategorisierung der Leistungserbringer	65
3.4.4	Ergebnisse	67
3.4.5	Intertemporaler Vergleich auf Krankenhausebene	90
3.4.6	Belastung durch Kostenausreißerfälle	93
3.4.7	Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSZ)	100
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung	106
4	AUSBLICK	112
5	ANHANG	114

Abkürzungen

Abs.	Absatz
abzgl.	abzüglich
aG-DRG-System	G-DRG-System nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BT	Bundestag
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
d.h.	das heißt
Diff.	Differenz
Dj.	Datenjahr
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ED	ergänzende Datenbereitstellung
etc.	et cetera
ff.	fortfolgend
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2018 (Fallpauschalenvereinbarung 2018)
fzg.	fallzahlgewichtet
GAB	gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen
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
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KÜ	Kostenübernahmeerklärung
$\log(x)$, $\ln(x)$	Logarithmus von x
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
mg	Milligramm
Mio.	Millionen
MRE	multiresistente Erreger
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
PpSG	Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz)
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PSY	Psychiatrie und Psychosomatik
q25	25%-Quantil
q50	Median
q75	75%-Quantil
RG	Relativgewicht
s	logarithmierter Interquartilsabstand
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SKK	Sachkostenkorrektur
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 2019	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2019
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt
zzgl.	zuzüglich

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. Zum 31. Dezember 2014 war damit erstmals ein sogenannter Extremkostenbericht (für das Datenjahr 2013) vorzulegen, in dem die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern aufgearbeitet wurde. Der vorliegende Extremkostenbericht stellt die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern sowie die Analyseergebnisse für das Datenjahr 2019 vor.

Die im Extremkostenbericht bislang etablierten Analysen wie beispielsweise ein intertemporaler Vergleich auf Leistungs- und Krankenhausgruppenebene, gesondert betrachtete Leistungsgruppen und Analysen in Verweildauergruppen finden sich im vorliegenden Extremkostenbericht in unveränderter Weise wieder. Die Pflegepersonalkosten-Ausgliederung wurde erstmals für den Fallpauschalen-Katalog 2020 durchgeführt. Mit diesem Extremkostenbericht liegen Auswertungen für ein zweites Datenjahr nach der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung vor. Ein Vergleich der Ergebnisse mit dem Vorjahr wird damit unter den üblichen Einschränkungen beim Vergleich zweier Extremkostenberichte wieder möglich.

Durch einen frühzeitigen Beginn der Nachfragen und eine damit korrespondierende Priorisierung im Kommunikationsprozess konnte 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. Die Nachfragen zu den Extremkostenfällen fielen zu einem großen Teil während der Kalkulationsphase an und lagen damit auch in der ersten Welle der Corona-Pandemie. Die Corona-Pandemie zeigte entsprechend auch Auswirkungen in der Bereitstellung von Informationen zum Extremkostenbericht von den betroffenen Krankenhäusern. Dass trotz der Corona-bedingten Zusatzbelastungen ein im Ergebnis 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 Rusert
Bereichsleiter
Statistische Auswertungen

Siegburg, 25. Mai 2021

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 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 bei der 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 den 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 (Wortlaut des Gesetzestextes mit Stand vom 23. Januar 2020):

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 [11] vorzunehmende vertiefte Prüfung von Kostenausreißern hinausgehend beauftragen die Vertragsparteien nach Absatz 2 bis zum 31. Dezember 2013 das [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus] 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 [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus] entwickelt ein Regelwerk für Fallprüfungen bei Krankenhäusern, die an der DRG-Kalkulation teilnehmen. Zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer hat das [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus] von den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern über den Kalkulationsdatensatz hinausgehende detaillierte fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten zu erheben. Das [Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus] 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.

³ Ebenda.

⁴ Ebenda.

1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern

Die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene haben eine einheitliche Vorgehensweise konsentiert, nach der das InEK je DRG die Verteilung des Deltas zwischen Fallkosten und korrespondierenden Fallerlösen nach der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) als bereinigte Fallkosten betrachten soll. 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 Krankenhaus-Finanzierungssystemen, insbesondere von Verweildauer und Verweildauerausreißern, Verwendung gefunden haben (siehe Kapitel 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.

Für die Analyse sollen den von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Fallkosten die damit korrespondierenden Erlöse nach der FPV gegenübergestellt und bei den Kostenausreißern sowohl Kostenüberdeckungen als auch Kostenunterdeckungen betrachtet werden.

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 **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.

5. Lassen sich Kostenausreißer sachgerecht über Patientenmerkmale identifizieren und über die Anpassung von DRG-Splits oder die Einführung von Zusatzentgelten abbilden?
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 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. Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich Kostenüber- und -unterdeckungen der Kostenausreißer ausgleichen.

1.3.1 Definition von Fallkosten

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) wurde in § 17b KHG verankert, dass erstmals für das Entgeltsystem 2020 die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ausgegliedert und einem eigenständigen Pflegeerlös-Katalog zugeführt werden sollen. Im Ergebnis erhält man einen Fallpauschalen-Katalog ohne Pflegepersonalkosten (aG-DRG-System) und einen Pflegeerlös-Katalog. Mit dem Pflegeerlös-Katalog werden DRG-bezogene Bewertungsrelationen für die Pflegepersonalkosten je Verweildauertag vorgegeben. Mit Hilfe der Bewertungsrelationen und einem krankenhausindividuellen Entgeltwert werden dem einzelnen Krankenhaus die tatsächlich in einem Budgetjahr angefallenen Pflegepersonalkosten refinanziert. Dies bedeutet aber auch, dass im Bereich der Extremkosten durch Pflegepersonalkosten keine Kostenüber- oder -unterdeckungen mehr entstehen können: Die dem Krankenhaus entstehenden Ist-Pflegepersonalkosten werden von den Kostenträgern vollständig refinanziert. Eine Quelle für mögliche Kostenüber- oder -unterdeckungen bei Kostenausreißern entfällt damit. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten hat entsprechend Auswirkungen auf die konkrete Identifikation der Kostenausreißer (Fallkollektiv), nicht aber auf die erwartete Anzahl von atypischen Fällen insgesamt (rund 5–6% aller analysierten Fälle).

Für die Analyse zum Extremkostenbericht werden bei der Datenannahme zur Kostenerhebung auf der Fallebene zunächst die **bereinigten Fallkosten** wie folgt berechnet:

Fallkosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs
(so wie vom Kalkulationskrankenhaus übermittelt)

abzgl. Pflegepersonalkosten „Pflege am Bett“

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
zzgl.	Abschläge für Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer
zzgl.	Abschläge für Verlegungen
=	bereinigte Fallkosten

Die Pflegepersonalkosten „Pfleger am Bett“ ergeben sich nach dem Konzept der Vertragsparteien auf Bundesebene dabei als die Summe der Pflegepersonalkosten (Kostenartengruppe 2 – Personalkosten Pflegedienst) in den Kostenstellengruppen 1 (Normalstation), 2 (Intensivstation) und 3 (Dialyse) sowie der auf bettenführende Aufnahmestationen entfallende Anteil in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme). Nach diesem Ansatz werden für die bereinigten Fallkosten alle Behandlungsfälle quasi als Inlier des Fallpauschalen-Katalogs nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (= aG-DRG-System) betrachtet. Die bereinigten Kosten repräsentieren also 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 von den Selbstverwaltungspartnern 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 in der Kostenkalkulation nur Fallkosten für die gesamte Behandlung des Patienten vorliegen und entsprechend die Kosten für die Erbringung einzelner zusatzentgeltrelevanter 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. Kapitel 1.4). Die Methodik der Kostenbereinigung beeinflusst die Parameterschätzer der Verteilungsfunktionen, die zur Ermittlung der Kostenausreißer verwendet werden. Bei der verwendeten Methodik werden die bereinigten Kosten auf 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, wenn Kurz- und/oder Langliegerfälle in der jeweiligen DRG auch auftreten. 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. 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 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 – und umgekehrt.

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 weitgehend ausgeschlossen werden. Dazu sind sowohl die medizinische Dokumentation des Behandlungsfalls (die Diagnosen- und Prozedurenangaben) als auch die Erlösangaben aus der elektronischen Rechnung zu prüfen. Diese Angaben sind im Datensatz nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (im Folgenden §-21-Datensatz) enthalten, soweit die Dokumentation Bestandteil des elektronischen Abrechnungsverkehrs ist.

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 das Krankenhaus zurückgreifen und das Zustandekommen der Kalkulationswerte gemeinsam mit dem Krankenhaus aufklären. Die Lieferung dieser Detailinformationen ist einerseits Bestandteil des gesetzlichen Auftrags an das InEK zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer und andererseits bereits seit Jahren zwischen InEK und Kalkulationsteilnehmern geübte Praxis. Gleichwohl wurden Art und Anzahl der Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser auf Basis der Erfahrungen aus der Erstellung der bisherigen Extremkostenberichte 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

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.

de aufweist, wird zur Identifizierung der Kostenausreißer der entsprechenden DRG-Fallpauschale verwendet (vgl. Kapitel 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 Zufallsvariable sind. Bei den Analysen dieses Berichts kann ebenfalls nicht davon ausgegangen werden, dass das beobachtete Merkmal (die bereinigten Kosten) symmetrisch verteilt ist. Ebenso wenig kann vorausgesetzt werden, dass sich die Ausprägungen über den gesamten (positiven) Bereich der reellen Zahlen erstrecken.

In der von den Selbstverwaltungspartnern 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 (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 konkrete 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 bei 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, bei 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 μ erweitert.

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

Die folgenden Begriffe werden verwendet:

- **Interquartilsabstand:** Allgemein bezeichnet der Interquartilsabstand die Differenz zwischen dem 75%-Quantil (q75) und dem 25%-Quantil (q25) einer Messreihe.
- Der **Median** sei mit q50 bezeichnet.
- Der **vom Lageparameter μ abhängige logarithmierte Interquartilsabstand** lässt sich berechnen als: $s = \ln(q75 - \mu) - \ln(q25 - \mu)$.

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.

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 gedächtnisbehaftet, d.h. sie berücksichtigt die bereits vorhandenen Informationen zu einem Merkmal. Die Verteilung nutzt

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)**.

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

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 $x \geq \mu$:

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

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

Die Berechnung der bereinigten Kosten wurde auf die Situation nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten umgestellt (vgl. Kapitel 1.3.1), um mit den Gruppierungsergebnissen des aktuellen aG-DRG-Systems 2021 arbeiten zu können. Für die Erstellung dieses Extremkostenberichts wurden keine grundsätzlichen methodischen Veränderungen an der bestehenden Vorgehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer vorgenommen. Damit können die Ergebnisse des vorliegenden Berichts mit den Ergebnissen des Extremkostenberichts 2020 verglichen werden, ohne analysieren zu müssen, ob und wenn ja inwieweit sich unterschiedliche Ergebnisse auf die Anpassung der Herangehensweise zurückführen lassen. Abweichungen können sich allerdings dadurch ergeben, dass mit dem Datenjahr 2019 eine anders zusammengesetzte Stichprobe als Analysemenge zur Verfügung steht und die Daten für die finale Analyse zum Extremkostenbericht nach dem aktuellen aG-DRG-System 2021 gruppiert werden.

Die unvermeidbaren Änderungen in der Analysemenge und deren Auswirkungen werden erforderlichenfalls in den entsprechenden Kapiteln zu den Ergebnissen zum vorliegenden Extremkostenbericht jeweils angesprochen. Mit der grundsätzlichen 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 daraus im Ergebnis eine relativ hohe Kostenunterdeckung resultiert.

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 Kapitel 1.3.1) der jeweiligen DRG folgen.

Die bereinigten Kosten werden in der Datenannahmephase 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 aG-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 Kalkulationskrankenhäuser aus dem Datenjahr 2019 nach der in Kapitel 1.3.1 beschriebenen Vorgehensweise 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 2019 herangezogen.

2.1.1 Technisches Vorgehen

Für die Analysen zum Extremkostenbericht wird die Gesamtheit der vorliegenden Kalkulationsdatensätze des Datenjahres 2019 auf die Betrachtung der vollstationären Fälle bei Behandlung in Hauptabteilungen im DRG-Entgeltbereich beschränkt. Zwei Krankenhäuser der Kalkulationsstichprobe erbringen ausschließlich Leistungen in belegärztlicher Versorgung und werden daher in den Analysen zum Extremkostenbericht nicht berücksichtigt. Des Weiteren werden die folgenden Fälle ebenfalls nicht in die Betrachtung einbezogen:

- Fälle in Besonderen Einrichtungen sowie alle Fälle aus einem Krankenhaus, das vollständig Besondere Einrichtung nach der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2019 (VBE 2019) ist
- 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 S. 14)

Insgesamt stehen damit die Daten aus 279 Krankenhäusern für den Extremkostenbericht zur Verfügung. Fälle, die sich nach Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern und detaillierter Analyse als nicht verwendbar für die vertiefenden Analysen zum Extremkostenbericht erweisen, werden aus der Datenbasis ausgeschlossen. Grundsätzlich wird zunächst für jede DRG 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 μ , im Folgenden als $\hat{\mu}$ bezeichnet, beruht dabei auf der Lösung eines Optimierungsproblems, das bei 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.

Die theoretischen Verteilungen werden für $\hat{\mu} = 0$ sowie $\hat{\mu} = i * q_{25} / 100$ 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 $\hat{s} = \ln(q75 - \hat{\mu}) - \ln(q25 - \hat{\mu})$ 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

$$t_l = e^{\ln(q50-\hat{\mu})-k_l \hat{s}} + \hat{\mu} \quad \text{und} \quad t_u = e^{\ln(q50-\hat{\mu})+k_u \hat{s}} + \hat{\mu} .$$

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.

In Kapitel 2.1.2 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. Kapitel 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 kann beispielsweise ein Fall mit sieben Tagen Verweildauer und 250 € durchschnittlichen Kosten pro Tag in der DRG P67E *Gesundes Neugeborenes* bereits ein Upper-Kostenausreißer sein. 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 Extremkostenbericht bedürfen. 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 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-System 2015)* aus dem **Datenjahr 2013** wird das oben beschriebene schrittweise durchgeführte Vorgehen exemplarisch erläutert.

Eine explorative Analyse der 124 Fälle der DRG E02A liefert zunächst die in Tabelle 2 gezeigten Kennwerte für die bereinigten Kosten

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 $\hat{\mu} = 0, \hat{\mu} = 28,78, \hat{\mu} = 57,56, \dots, \hat{\mu} = 2.849,30$ betrachtet werden. Der vom Lageparameter abhängige logarithmierte Interquartilsabstand $\hat{s} = \ln(q_{75} - \hat{\mu}) - \ln(q_{25} - \hat{\mu})$ liegt im Wertebereich zwischen 0,763 und 4,749. Die Parameterschätzungen (siehe Kapitel 1.4), die Kennwerte k_l und k_u sowie die beiden Grenzwerte t_l und t_u (siehe Kapitel 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 1 zeigt das Histogramm der empirischen Häufigkeitsverteilung zusammen mit den drei möglichen Verteilungsfunktionen.

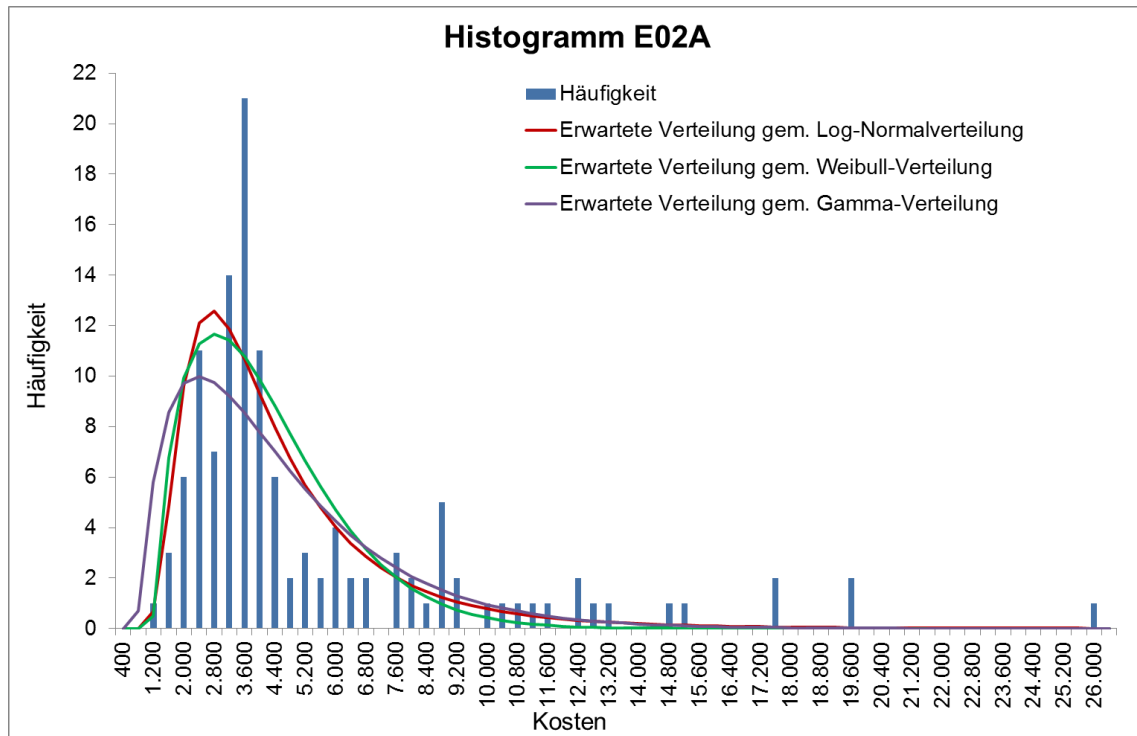


Abbildung 1: Histogramm der bereinigten Kosten für die DRG E02A, Datenjahr 2013

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. Kapitel 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 der 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 2 werden die Grenzwerte für die Lower- und Upper-Kostenausreißer durch rote eckige Pfeile angezeigt.

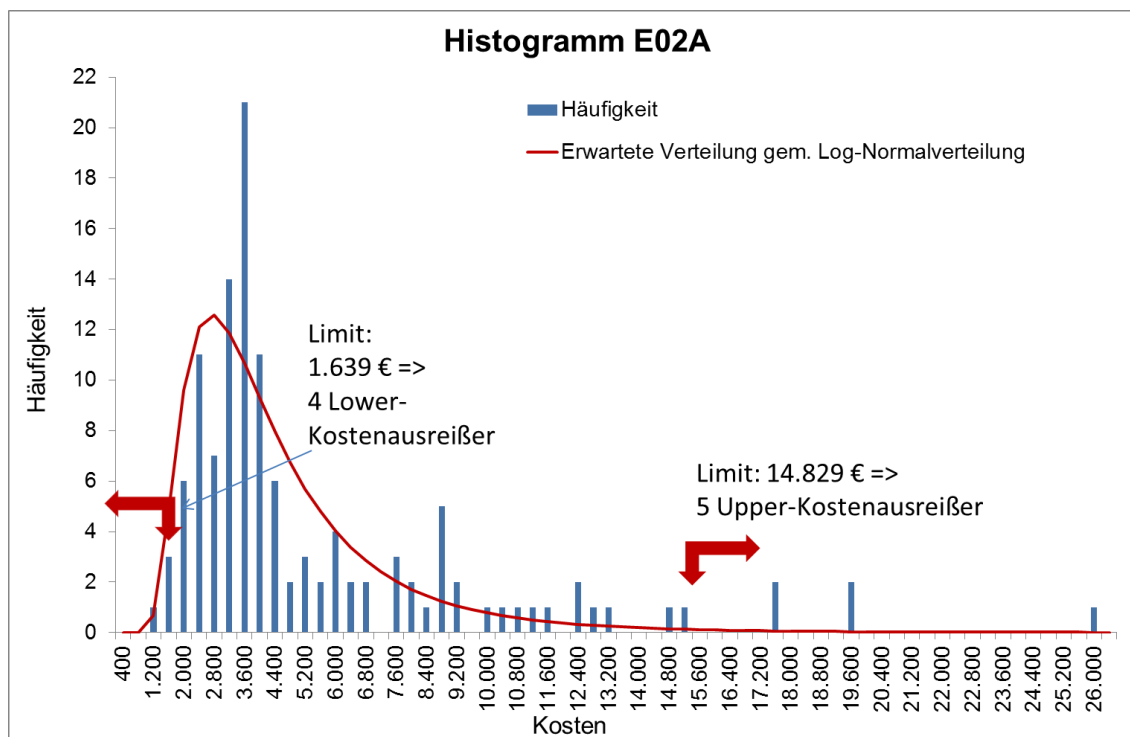


Abbildung 2: Histogramm und Kostenausreißer der bereinigten Kosten für die DRG E02A (Log-Normalverteilung), Datenjahr 2013

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 Weiterentwicklung des aG-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 Behandlungsfalls vermitteln. Die formale Prüfung geht dabei der Frage nach, ob das methodische Vorgehen der Kostenkalkulation mit den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs bzw. die Kodierung mit den Vorgaben der Deutschen Kodierlinien übereinstimmt.

Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenschlüssel, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den inhaltlichen Prüfungen im Mittelpunkt der Analyse. Auffälligkeiten in den Plausibilitäts- und Konformitäts-

prüfungen führen nur dann zu einer Nichtberücksichtigung des betroffenen Falles bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems, wenn die Berücksichtigung zu einer fehlerbehafteten Bewertung der DRG-Fallpauschale führen 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 Komponente der Kongruenz des Kalkulationsergebnisses bei einer Einzelfallbetrachtung im Sinne einer Kostentragfähigkeit erweitert.

Der bestehende Mehr-Ebenen-Ansatz in der Analyse der Kalkulationsfälle erhielt damit für die Analysen zum Extremkostenbericht eine weitere Betrachtungsebene. Im Fokus dieser neuen Betrachtungsebene steht die Kostentragfähigkeit des Einzelfalles, d.h. ins Zentrum der Analyse der Kostenausreißerfälle rückt das Zusammenspiel aus dokumentierter Leistung, Kalkulationsergebnis und generierten (bzw. zu generierenden) Erlösen. Bei Auffälligkeiten in diesem Zusammenspiel wird nicht primär eine Entscheidung zur Berücksichtigung bzw. Nichtberücksichtigung des Falles bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems getroffen. Vielmehr ist nach 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, eventuelle 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 wird für jeden identifizierten Kostenausreißerfall entschieden, ob er für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems und/oder für die vertiefende Analyse bei der Erstellung des Extremkostenberichts verwendet werden kann. Schematisch gesehen ist damit jeder identifizierte Kostenausreißerfall dem entsprechenden Feld der folgenden Matrix in Abbildung 3 zuzuordnen:

		Verwendung Weiterentwicklung (a)G-DRG-System	
		ja	nein
Verwendung Extremkostenbericht	ja	1	2
	nein	3	4

Abbildung 3: Matrix zur Einteilung der Fälle hinsichtlich ihrer Verwendung zur Weiterentwicklung des (a)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

Fall A ist ein in der beschriebenen DRG typischer Stundenfall mit geringen Kosten und daraus resultierender Kostenüberdeckung, der jedoch keine kalkulatorischen oder dokumentatorischen 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, aber mit der Ursache für das Kalkulationsergebnis dennoch einen Beitrag für den Extremkostenbericht liefern könnte.

Beispielfall B (Upper-Kostenausreißer):

- Inlier, DRG E77D *Bestimmte andere 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 *Bestimmte andere 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 Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen Nachfragen zur Kostenkalkulation übermittelt. Die Fälle wurden auf Basis der bestehenden Kalkulationsprozesse bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2021 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 3 für die Weiterentwicklung des aG-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 den 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 die Analysen zum Extremkostenbericht wurden eine Reihe von ergänzenden Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen entwickelt, um den Anforderungen der Analyse gerecht werden zu können. Auf Basis der Erkenntnisse bei der Bearbeitung der vorausgehenden Extremkostenberichte und der Fülle der Rückmeldungen der Krankenhäuser wurden die bestehenden Prüfungen in diesem Jahr lediglich verfeinert und auf den zu prüfenden Sachverhalt präzisiert. Damit konnten die bestehenden Prüfungen für den Extremkostenbericht zielgerichtet adjustiert werden, ohne die Krankenhäuser mit weiteren neuen Prüfungen belasten zu müssen.

2.2.2 Report Kostenausreißer

Die Krankenhäuser liefern während der jährlichen Kalkulationsphase Kosten- und Leistungsdaten der Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres, für die DRG-Kalkulation zum Fallpauschalen-Katalog 2021 folglich Fälle aus dem Jahr 2019. Diese waren zum 31. März 2020 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 angepasst 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 abschließend validierten Kostendaten aus dem Jahr 2019 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 2019 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 auf die Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2018 – stützen. Vor Beginn der Kalkulationsphase wurden daher vom InEK unter Anwendung der am besten geeigneten Verteilungsfunktion (vgl. Kapitel 2.1) die obere und die 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 2019/2020 gruppiert.

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

Extremkostendatenmenge I

Verwendung März–Mai 2020

Falldaten des Jahres 2019

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Jahres **2019**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG **2019/2020**

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 142.500 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 280.000 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 reduziert werden. Aus Praktikabilitätsgründen wurden damit rund 138.000 Fälle, die durch das statistische Verfahren eigentlich als Kostenausreißer identifiziert wurden, nicht in den Fokus der Analysen gerückt.

Mit dem 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 4 (die Angaben entstammen dem Datenjahr 2014, sind aber in ihrer grundsätzlichen Bedeutung auch für das Datenjahr 2019 gültig). 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 Hamblaseneingriffe 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 4: 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 108.305 € über der oberen ermittelten Kostengrenze für die DRG L60A *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, [...]* und wurde dem Krankenhaus daher im Kostenausreißerreport zugesandt. Damit wurde jedoch keine Aussage darüber getroffen, ob dieser Fall aufgrund eines Kalkulationsfehlers die hohen 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	alle Fehler/Hinweise des Falls	Modul/KoArtGr	UG/OG	Auffälligkeit	Einzelkosten
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	16	108.305	Arzn04	4b	OG	Einzelkosten	93.747

Abbildung 5: Auszug aus einem Kostenausreißerreport als Beispiel für auffällig hohe Einzelkosten

Das Krankenhaus erläuterte bei dem Fall in Abbildung 5 die hohen Einzelkosten in Kostengruppen 4b, die für die fallbezogene Buchung von Medikamentenkosten vorgesehen ist. Ursächlich war in diesem Fall, dass für das kostenverursachende Medikament vom Krankenhaus kein Zusatzentgelt abgerechnet werden konnte. 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 2019 und die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation berücksichtigt. Für die „Extremkostendatenmenge II“ wurden die Fälle nach dem tagesgenauen Entwicklungsstand des aG-DRG-Systems 2021 inkl. der bis dahin bestehenden Umbauten eingruppiert.

Extremkostendatenmenge II

Verwendung ab Juni 2020

Falldaten des Jahres 2019

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Datenjahres **2019**

DRG-Eingruppierung nach aG-DRG 2019/2021 (**tagesgenauer Entwicklungsstand des aG-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 nebst anderer Höhe der korrespondierenden Zu- und Abschläge begründet. Daher kann bei diesen Fällen sowohl eine Erhöhung als auch eine Verringerung der Unter- oder Überdeckung eintreten.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung zur aG-DRG-Version 2021 wurde der Datenbestand für den Extremkostenbericht schließlich mit dem gerade fertiggestellten aG-DRG-Grouper der Version 2021 gruppiert:

Extremkostendatenmenge III

Verwendung ab Ende August 2020

Falldaten des Jahres 2019

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Datenjahres **2019**

DRG-Eingruppierung nach aG-DRG 2019/**2021**

Sofern nachfolgend Analyseergebnisse auf DRG-Fallpauschalen Bezug nehmen, betrifft dies – wenn nicht abweichend dargestellt – die Eingruppierung nach dem aG-DRG-System 2021.

2.2.3 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 ihre Kosten- und Leistungsdaten als Korrekturlieferungen erneut – ggf. auch mehrfach – an das InEK übermitteln, um die in den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen identifizierten Auffälligkeiten zu korrigieren. Nach Abschluss dieser Datenkorrekturphase werden die Nachfragen durch das InEK bei den Krankenhäusern, vor allem bedingt durch das bessere Verständnis der möglichen (aktuellen) Fehlerquellen, konkreter formuliert. Die Fragen werden themenspezifisch gestellt, um vermeintliche Ursachen für hohe Kosten besser identifizieren und dem Krankenhaus detailliertere Informationen zu den identifizierten Fällen geben zu können.

2.2.3.1 Kosten der Intensivstation

Die zusätzlich bei den Kalkulationskrankenhäusern abgefragten weiterführenden Daten zur Intensivstation basierten unverändert auf dem Intensivkontakt, also jedem einzelnen Kontakt eines Falles zu einer Intensivstation. Die Aussagekraft dieser zusätzlich erhobenen Informationen unterlag jedoch von Krankenhaus zu Krankenhaus einer gewissen Schwankung. So konnten für einen Großteil von Krankenhäusern diese Daten als verwendbar eingestuft werden, bei einigen wenigen Kalkulationsteilnehmern waren die Daten hingegen nicht für eine genauere Betrachtung ausreichend. Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass sich die Qualität der übermittelten Informationen zur Intensivstation im Vergleich zu den Vorjahren auf hohem Niveau stabilisiert hat.

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

Da bei der Abfrage zu den Kalkulationsgrundlagen die Informationen zu den Intensivstationen nicht von allen Krankenhäusern in ausreichendem Umfang ausgefüllt und übermittelt wurden, mussten zur Nachvollziehbarkeit und Bewertung auffälliger Intensivstationskosten erneut Nachfragen zur Intensivstation gestellt werden. Daher erbat das InEK detaillierte Informationen zu den Gewichtungsmodellen 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. Nachfragen bzgl. der Belegungstage sowie der personellen Ausstattung der Stationen konnten im Gegensatz zu den letzten Jahren deutlich verringert werden, da entsprechende Informationen von den meisten Krankenhäusern in der Kalkulationsgrundlage angegeben wurden. In diesem Jahr bezogen sich Auffälligkeiten eher auf nicht bzw. fehlerhaft ausgefüllte Felder in den kontaktbezogen übermittelten Informationen zu den Intensivaufenthalten der Patienten in der Datei Intensivstation.csv. Da folglich keine genaue Dauer des Intensivaufenthalts bestimmt werden konnte, war die Interpretation der übermittelten Kostenwerte in Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) bei diesen Fällen nicht möglich. Zur Klärung der Auffälligkeiten wurde folgende Nachfrage an die Krankenhäuser versandt:

Die Kosten der KStGr. 2 (Intensivstation) erscheinen auffällig hoch. Bitte überprüfen und erläutern Sie uns Ihre Kalkulation der Kosten des Falles für die Intensivstation. Übermitteln Sie uns insbesondere die für die Plausibilisierung erforderlichen Intensivdaten des Falles, insbesondere für jeden Intensivaufenthalt:

- (1) Stationsnamen entsprechend den in der Kalkulationsgrundlage aufgeführten Intensivstationen.*
- (2) Stationsaufnahme- und -entlassdatum mit Uhrzeit.*
- (3) Die Anzahl der ungewichteten Intensivstunden.*
- (4) Die Anzahl der gewichteten Intensivstunden.*
- (5) Die Anzahl der TISS/SAPS-Punkte.*
- (6) Die Kostenwerte für die einzelnen Intensivaufenthalte.*

Vor allem im Bereich der Personalkosten gaben die zugeordneten Kosten Anlass zu Nachfragen aufgrund stark erhöht erscheinender Kostenwerte. Zusätzlich lag wegen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung ein besonderer Fokus auf diesem Bereich. Die hier vorhandenen Auffälligkeiten wurden von den Krankenhäusern teilweise erläutert, jedoch in einigen Fällen auch als Fehler erkannt. Zusätzlich wurden die Infrastrukturkosten genauer betrachtet, da in diesem Bereich ebenfalls zahlreiche Auffälligkeiten zu beobachten waren. Die im letzten Jahr erhoffte Reduzierung der Rückfragen zu Intensivstationskosten konnte leider nicht vollständig erreicht werden, da entsprechende Daten teilweise immer noch lücken- oder fehlerhaft vorlagen bzw. nicht vollständig den Vorgaben entsprechend kalkuliert wurden. Beispielsweise sei ein Fall in Abbildung 6 gezeigt, der auffällig hohe Tageskosten auf der Intensivstation aufweist.

KoStG		Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf			med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b	6a	6b	6c	7	8
Intensivstation	2	3.245 €	8.230 €	- €	519 €	- €	638 €	- €	- €	550 €	4.293 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Die für diesen Fall übermittelten Kosten auf der Intensivstation erscheinen auffällig hoch. In der Kalkulationsgrundlage wird von Ihnen für die Station, auf der dieser Fall lag, ein geringerer Gewichtungsfaktor angegeben, als für diesen Fall laut Intensivstation.csv übermittelt wird. Bitte teilen Sie uns mit, wie es zu diesem hohen Faktor kommt und geben Sie an, wie hoch die Kosten auf der Intensivstation eigentlich hätten sein müssen.	17.06.2020	22.06.2020	Fehler - falsche Dokumentation der Beatmungszeit im KIS mit 25530 Minuten -> nur 330 Minuten wären korrekt, bei 87,3 Stunden ungewichteter Aufenthaltsdauer sind dies Gewichtet (separat für Beatmung und PPR A3/S3 berechnet, kumuliert vom 28.10 - 31.10 = 114,7 gewichtete Intensivstunden anstatt 665,06!) Dies ändert die Kostenwerte Intensivstation ca folgendermaßen: Kostenwert-AeD 559,61; Kostenwert-PD-FD 1419,39; Kostenwert-GK-Medikamente 89,50; Kostenwert-GK-med-Sachbedarf 110,02; Kostenwert-med-Infrastruktur 86,28; Kostenwert-nicht-med-Infrastruktur: 740,34; Kostenwert-Randsumme-Intensivstation 3005,14 Ich bitte darum diesen Fehler zu entschuldigen - wir haben nur 7 Beatmungsfälle im Jahr 2019 behandelt - die anderen 6 scheinen diesen Fehler nicht zu haben (insbesondere die Fallnummer 19223324 ist korrekt mit 346 Stunden Beatmung)

Abbildung 6: Beispiel für einen Dokumentationsfehler auf der Intensivstation

Die Rückmeldung des Krankenhauses bestätigte die Vermutung einer falsch-hohen Kostenzuordnung auf Basis eines Erfassungsfehlers.

2.2.3.2 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 daher Fälle mit hohen Kosten auf der Normalstation an die Krankenhäuser übermittelt. Besonders auffällig waren dabei Fälle, die mehrere Tage ohne Berechnung in der Entgelte-Datei aufwiesen.

Diesbezügliche Nachfragen wurden von den Krankenhäusern umfangreich beantwortet, was zu einer besseren Interpretation der übermittelten Kosten und somit zum Verständnis des Zustandekommens einiger Extremkostenfälle führte. Der Beispielfall in Abbildung 7 zeigt, dass trotz korrekter Angaben in der Entgelte-Datei die übermittelten Kosten nicht korrekt zugeordnet wurden.

KoStG		Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf			med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b	6a	6b	6c	7	8
Normalstation	1	1.287 €	1.737 €	1.046 €	1.048 €	24 €	86 €	- €	437 €	843 €	1.718 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Bitte prüfen Sie für diesen Fall, wie die hohen Kosten auf der Normalstation zustande kommen. Auf Basis der Verweildauer lassen sich die zugeordneten Kosten nicht nachvollziehen.	17.06.2020	03.07.2020	Kalkulationsfehler, zu große Bezugsmenge Dokumentationsfehler

Abbildung 7: Beispiel für einen Dokumentationsfehler bei der Verweildauer auf Normalstation

2.2.3.3 Einzelkosten

Aufgrund der hohen Güte der Kostenkalkulation in den Krankenhäusern der InEK-Stichprobe ist der Anteil an Sachkosten, die nicht mehr über Verteilungsverfahren, sondern verursachungsgerecht direkt als Einzelkosten fallbezogen verbucht werden müssen, in den vergangenen Jahren 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)

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 wird die Stimmigkeit von Implantatkosten mit den dokumentierten OPS-Kodes umfassend geprüft. Typischerweise sind 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, wann 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 der Leistungsdokumentation (meist OPS-Kode) zum 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. Daher muss sich für die Erfordernisse des Extremkostenberichts die Einzelfallplausibilisierung vielfach auf zusätzliche Angaben aus den Kalkulationskrankenhäusern 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 2020 erneut ausgebaut wurde. In diesem Jahr wurden zu insgesamt 370 verschiedenen hochteuren Medikamenten, Blutprodukten sowie 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 aufge-

klärt werden. Ein Beispiel für eine Auffälligkeit hinsichtlich der Dokumentation einer Dosisangabe zeigt Abbildung 8. Der Preis je Gramm (g) von Gemcitabin ist korrekt, jedoch wurde in der ergänzenden Datenlieferung eine Dosis von 2100 g anstatt 2,1 g angegeben und entsprechend hohe Kosten im Datensatz übermittelt.

KoStG	1	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		2	3	4a	4b	6a	6b	7	8	
Normalstation	1	166 €	131 €	36 €	21 €	21.242 €	6 €	- €	126 €	202 €

EfxNummer	Leistung	Dosis	Kosten	Preis	Einheit
EFR70600	Gemcitabin, parenteral	2.100,00	21.241,50	10,12	g

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Die in der Ergänzenden Datenbereitstellung angegebene Dosis für Gemcitabin erscheint auffällig hoch. Bitte prüfen Sie die gemachten Angaben und teilen Sie uns mit, ob die gegebene Dosis tatsächlich so hoch war, wie Sie in der Ergänzenden Datenbereitstellung angegeben haben.	17.06.2020	03.07.2020	Falsche Dosisangabe: Gemcitabin, parenteral: 2.1 g statt 2100 g

Abbildung 8: Beispiel für einen Dokumentationsfehler bei der Dosisangabe eines Medikaments

Eine weitere Auffälligkeit im Bereich der zugeordneten Medikamentenkosten kann an folgendem Beispiel aus dem Datenjahr 2016 gezeigt werden. Dieser Fall wurde mit Kosten für Arzneimittel in Höhe von 64.421 € übermittelt. Ein leistungsbeschreibender OPS-Code lag nicht vor. Um die Korrektheit der Kosten verifizieren zu können, wurde eine Rückfrage an das betreffende Krankenhaus gestellt (vgl. Abbildung 9).

KoStG	1	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		2	3	4a	4b	6a	6b	7	8	
Intensivstation	2	156 €	234 €	3 €	18 €	64.421 €	55 €	- €	41 €	169 €

Bitte übermitteln Sie für die nach Berücksichtigung Ihrer Angaben in der Entgeltdatei sowie Ergänzenden Datenlieferung in Modul 2_4b verbleibenden Kosten in Höhe von ca. 64.000€, um welche Medikamente es sich handelt, deren verabreichte Dosis sowie den Preis pro Dosis.	01.07.2016	15.07.2016	Kosten sind um 64.400€ zu hoch. Es wurde Fluimucil statt Flumazenil verabreicht
---	------------	------------	---

Abbildung 9: Beispiel für eine Auffälligkeit bei Medikamentenkosten ohne 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 dem in Abbildung 10 illustrierten Fall wurden die Kosten für Faktorpräparate fälschlicherweise als Einzelkosten im Kostenmodul 1.4b und gleichzeitig im Kostenmodul 99.10 gebucht. Die Doppelbuchung ist in jedem Falle falsch, über die Rückmeldung des Krankenhauses konnte geklärt werden, aus welchem Grund die Kosten mehrfach übermittelt wurden.

KoStG	1	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	Faktorpräparate
					4a	4b	6a	6b			
Normalstation	1	569 €	793 €	60 €	70 €	46.428 €	59 €	- €	95 €	686 €	46.428 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Bitte prüfen Sie für diesen Fall, ob die Kosten für Blutgerinnungsfaktoren doppelt übermittelt worden sind. Die Kosten in Modul 99_10 sowie 1_4b erscheinen nach Berücksichtigung der Kosten für Medikamente auffällig ähnlich. Sofern keine Doppelbuchung vorliegt teilen Sie uns bitte mit, um welche Medikamente es sich handelt, deren verabreichte Dosis sowie den Preis pro Dosis. Bitte teilen Sie uns ebenfalls mit, ob für diese Arzneimittel Zusatzentgelte abgerechnet worden sind bzw. die Kosten nachträglich ausgeglichen wurden und wenn ja, in welcher Höhe.	17.06.2020	29.06.2020	Vielen Dank für den Hinweis. Die Kosten für die Gerinnungsfaktoren liefern tatsächlich doppelt in 1.4b und 99.10 rein. Die entsprechende Kennzahl ist komigiert worden.

Abbildung 10: Beispiel für eine Auffälligkeit bei der Zuordnung von Einzelkosten für die Gabe von Gerinnungsfaktoren

Andere Auffälligkeiten erforderten individuelle Rückfragen an das Kalkulationskrankenhaus, wie Abbildung 11 beispielhaft darstellt. Die Beispiele stammen aus dem Datenjahr 2014 – sie haben inhaltlich in ihrer Bedeutung unverändert Gültigkeit für das Datenjahr 2019.

Beispiel Nr.	Rückfrage InEK (ggf. gekürzt)	Antwort Krankenhaus (ggf. gekürzt)
1	Die Implantatkosten i.H.v. 120.000€ (Kunsthertz) 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. (Kodierung und ZE-Abrechnung aber als 1 Pumpe)
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 11: Beispiele für Rückfragen des InEK zu Einzelkosten mit der dazugehörigen Antwort der Kalkulationskrankenhäuser

Die in Abbildung 11 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). Die Kostenwerte in Beispiel Nr. 1 und Nr. 3 sind damit das Ergebnis einer korrekten Kostenzuordnung.

2.2.3.4 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. 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 vollständige 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 Entgelt dokumentation 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 12 zeigt eine Diskrepanz zwischen den übermittelten

Kosten für Implantate in der Kardiologie in Höhe von 8.025 € und den in der Entgelte-Datei übermittelten Angaben zu abgerechneten Zusatzentgelten in Höhe von 0 €. Nach Angaben des Krankenhauses wurde zwar eine Vereinbarung für die Kostenübernahme einer Implantation eines Pulsgenerators erzielt, dies jedoch erst nach der Aufnahme des unten gezeigten Beispielfalles. 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 in der Analysemenge zum Extremkostenbericht.

KoStG	7	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Implantate	Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
Kardiologie	7	721 €	- €	529 €	20 €	- €	8.025 €	281 €	7 €	288 €	548 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Im vorliegenden Fall wurde eine NUB-Entgelt/ZE relevante Leistung (Implantation eines Pulsgenerators) angegeben, jedoch wurde kein Entgelt abgerechnet. Wurde das entsprechende Entgelt im späteren Verlauf des Jahres vereinbart und beinhaltet die Vereinbarung ggf. Regelungen für die rückwirkende Vergütung bereits durchgeführter Leistungen?	17.06.2020	03.07.2020	Umsetzung der Vereinbarung 2019 erst zum 01.05.2020 Pulsgenerator als NUB beantragt

Abbildung 12: Beispiel für Rückfragen des InEK zur Diskrepanz zwischen Einzelkosten und Angaben in der Entgelte-Datei mit der dazugehörigen Antwort des Kalkulationskrankenhauses

Der in Abbildung 13 aufgeführte Fall wurde vom Krankenhaus mit Kosten von 22.742 € im Modul 1.4b (Einzelkosten Arzneimittel) übermittelt. Über die OPS-Kodierung konnten die gebuchten Kosten nachvollzogen werden, jedoch fehlte ein möglicherweise abzurechnendes Zusatzentgelt. Auf Nachfrage, wodurch die große Differenz zwischen Kosten und Entgelt entstanden ist, räumte das betreffende Krankenhaus ein, das Medikament im Rahmen eines Programms kostenfrei erhalten zu haben.

KoStG	1	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8
Normalstation	1	543 €	619 €	54 €	23 €	22.742 €	70 €	- €	167 €	597 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Bitte erläutern Sie für diesen Fall, aus welchem Grund es zu einer relevanten Differenz zwischen den in der Ergänzenden Datenbereitstellung übermittelten Kosten für Arzneimittel, den abgerechneten Entgelten und den Kosten in Modul 1_4b kommt. Bitte teilen Sie uns mit, welche weiteren Arzneimittel verabreicht worden sind, deren verabreichte Dosis sowie den Preis pro Dosis. Bitte teilen Sie uns ebenfalls mit, ob für diese Arzneimittel Zusatzentgelte abgerechnet worden sind bzw. die Kosten nachträglich ausgeglichen wurden und wenn ja, in welcher Höhe.	09.07.2020	30.07.2020	Patient hat im Rahmen einer Studie die Medikamente Ipilimumab (20.211 €) und Nivolumab (1.048 €) erhalten. Beide Medikamente wurden durch Studienbudget finanziert.

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

Das Beispiel in Abbildung 14 zeigt hingegen ein korrekterweise nicht abgerechnetes Entgelt durch das Krankenhaus. Die Auffälligkeit dieses Falles liegt darin, dass die Kosten im Kostenmodul 2.4b gebucht wurden, obwohl das Medikament im Zuge einer Studie kostenfrei an das Krankenhaus abgegeben wurde und dafür daher keine entsprechenden Kosten anzusetzen gewesen wären.

KoStG		Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8
Intensivstation	2	2.597 €	4.405 €	265 €	174 €	33.513 €	177 €	- €	413 €	1.428 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Bitte teilen Sie uns mit, ob mit den Krankenkassen eine Ausgleichszahlung für die Kosten für Andexanet alfa, parenteral vereinbart worden ist und wenn ja, in welcher Höhe die Kosten erstattet worden sind. Sollte keine Einzelvereinbarung getroffen worden sein, teilen Sie uns bitte mit, ob ggf. eine Kostenübernahme durch den Hersteller des Präparates stattgefunden hat. Übermitteln Sie uns bitte eine Rechnungskopie.	17.06.2020	29.06.2020	Andexanet alfa wurde in diesem Fall als Studienpräparat verabreicht. Die Kostenzuordnung ist somit fehlerhaft. Ein ZE war nicht abzurechnen.

Abbildung 14: Beispiel für eine Auffälligkeit in der Entgelte-Datei

Nach Klärung dieser Sachverhalte wurden die betroffenen Fälle aus Abbildung 13 und Abbildung 14 von der Extremkostenbetrachtung ausgeschlossen.

2.2.4 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. Beispielfhaft zu nennen sind hohe Kosten in Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren), die nicht über die Kodierung des Falles nachvollzogen werden konnten. Beispielsweise wurden bei folgendem Fall in Abbildung 15 die Kosten in der Kostenstellengruppe 12 hinterfragt.

KoStG		Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		ext. Leistungs	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
		1	2	3	4a	4b	6a	6b	6c	7	8
Therapeutische Verfahren	12	- €	- €	33.878 €	15 €	- €	114 €	- €	- €	468 €	6.464 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Für diesen Fall werden auffällig hohe Kosten in Modul 12_3 übermittelt. Bitte teilen Sie uns mit, wie es zu diesen hohen Kosten kommt, da diese anhand der OPS-Kodierung nicht nachvollziehbar sind.	09.07.2020	09.07.2020	fehlerhafte Berechnung. Statt 15x Krankengymnastik 1500x erfasst.

Abbildung 15: Beispiel für eine Auffälligkeit zur Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren)

Das betreffende Kalkulationskrankenhaus meldete für den Fall in Abbildung 15 zurück, dass durch eine fehlerhafte Leistungsdokumentation ein falsch-hoher Punktwert zugrunde gelegt wurde und somit zu hohe Kosten auf den Fall gebucht wurden.

Bei den Einzelnachfragen standen auch hohe Personalkosten für den Ärztlichen Dienst oder für den Pflegedienst auf der Normalstation im Fokus. Die Kosten für den Ärztlichen Dienst werden auf die Kostenstellen der Normalstation je Pflgetag 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. Die Personalkosten für den Pflegedienst auf der Normalstation werden auf Basis der tagesbezogenen Pflegedokumentation fallbezogen zugeordnet. Bei Behandlungsfällen mit besonders aufwendiger Pflege, für die ein OPS-Code zum Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) kodiert werden kann, 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 führte. Neben wenigen Fällen mit Besonderheiten im Kalkulationsablauf konnten auf diese Weise 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 und Nachfragen 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 nach den betreffenden Fällen 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, inkorrektur 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 fallbezogene Rückfragen trotz wiederholter Nachfrage nicht beantwortet. Dies sind oftmals Fälle, die in der Kalkulation nicht verwendet 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 ver-

zerrt. 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, nimmt die Prüfung dieser Datei dauerhaft einen festen Platz bei der Betrachtung der Kostenausreißer ein. Andererseits ergibt sich auch für die Krankenhäuser ein Erkenntniszuwachs, der mit Hilfe „einfacher“ 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 2.2.1 ff. beschriebene Zeitverlauf bringt folgende Problematik mit sich: Mit Abschluss der Arbeiten zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems Ende August 2020 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 1.3.1 detailliert dargestellt, wird die Kostendeckung eines Falles auf Basis der bereinigten Kosten ermittelt aus:

Katalog-Erlös für Inlier (aG-DRG-Relativgewicht des Falles multipliziert mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert des Jahres 2019)

abzgl. bereinigte Fallkosten

Die bereinigten Fallkosten berechnen sich als (vgl. Kapitel 1.3.1)

Fallkosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs (so wie vom Kalkulationskrankenhaus übermittelt)

abzgl. Pflegepersonalkosten „Pflege am Bett“

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

zzgl. Abschläge für Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

zzgl. Abschläge für Verlegungen

Kostenüber- und -unterdeckungen 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 berechnet bzw. übermittelt wurden. Ausgehend von der stark vereinfachten Formel

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

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 bei der Extremkostenanalyse abschließend als „übervergütet“ gewertet werden.

Beispielsweise wird ein Fall der DRG F62C *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 für den Extremkostenbericht 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 sich bereits auf die Kostenkalkulation im einzelnen Krankenhaus (Überprüfung 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 auswirken.

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 auftreten, die korrekterweise Fallkosten von über 10.000 € aufweisen), 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 aus der 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 eingingen. 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-Code 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 worden, 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 worden, 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 Beatmungsstunden 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 Beatmungsstunden 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 16 zeigt in einer Übersicht, in welcher Weise sich Kalkulations- oder Abrechnungsfehler auf Fallkosten und Fallerlöse auswirken und somit ggf. zu einem verfälschten Deckungsbeitrag führen können.

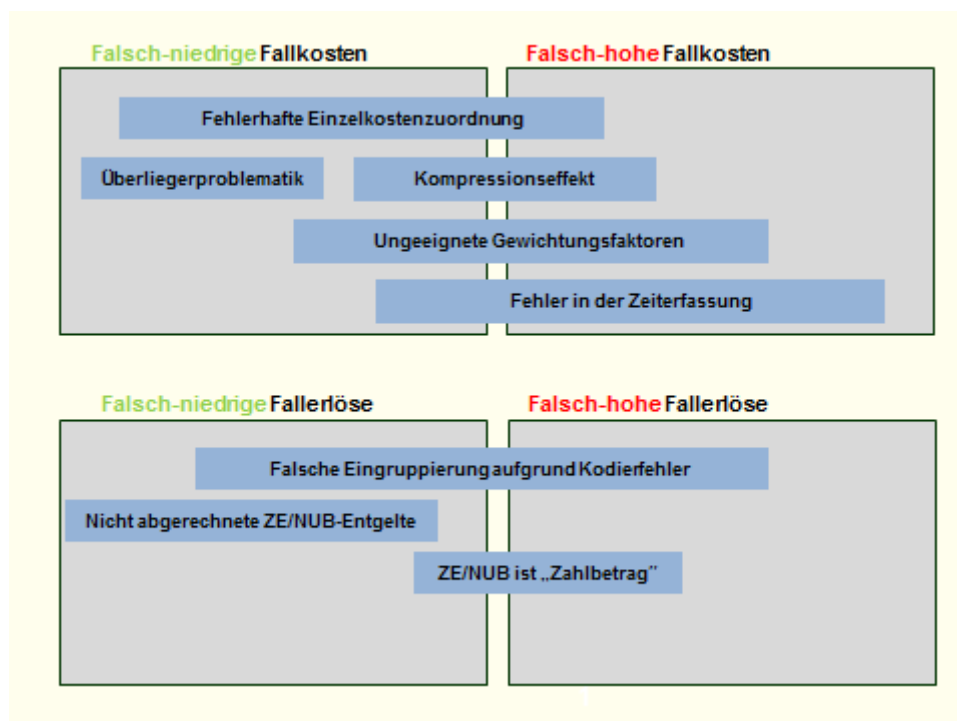


Abbildung 16: Auswirkungen von Kalkulations- oder Abrechnungsfehlern auf die Fallkosten und Fallerlöse

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, deren Kosten 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, 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 aG-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 Aufbereitungsverfahren 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 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 können. Ob ein derartiger Fall in die weiteren Analysen Eingang findet, hängt ebenso vom Verhältnis der Fehlerdimensionen zueinander 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 17 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 17: Überblick über das Zusammenspiel von Fehlermöglichkeiten und deren Auswirkungen auf Über- bzw. Unterdeckung

Nachfolgend sei die in Abbildung 17 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:

- Der Vergleich zwischen den bereinigten Kosten und den Katalog-Erlösen ergibt 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 Kos-

tenmodule, ein großer Teil davon bei langem Intensivaufenthalt auf die Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation).

- 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 dargestellt, wurden die Krankenhäuser zu bestimmten themenbezogenen Auffälligkeiten in der Kostenkalkulation befragt und um eine Erläuterung der Auffälligkeiten gebeten. Gegenüber dem Vorjahr wurden – auch vor dem Hintergrund der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung – die Themenbereiche erweitert, auf die sich die Nachfragen bezogen, und die Anzahl der Nachfragen erhöhte sich u.a. aus diesem Grund deutlich. Die Antworten der Krankenhäuser 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 Kalkulationsfehler haben zwar zur Auffälligkeit beigetragen, konnten aber die Deckungsdifferenz nur in einem geringen Ausmaß beeinflussen. Sofern die Kalkulation des betroffenen Falles anschließend hinreichend plausibel war und nur noch ein geringer Anteil an unerklärten oder fehlerkalkulierten Kosten vorlag, wurde der Fall in der Analysemenge belassen. Dies gilt auch für Fälle, die trotz einer Auffälligkeit nicht nachgefragt wurden, wenn die Auffälligkeit nur einen geringen Anteil an der Deckungsdifferenz hatte oder für Fälle, für die keine Antwort auf die Nachfrage erfolgte, und aufgrund der Kalkulation ansonsten 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 eine Fehlerkalkulation oder ein korrekt kalkulierter Extremkostenfall vorlag, und somit keine ausreichend sichere Begründung für eine Löschung vorlag. Dadurch sind jedoch möglicherweise unbeantwortete Fälle mit relevanter fehlerhafter Kalkulation in die Analyse eingeflossen.

3.2.1 Rücklauf der Einzelnachfragen

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. zum Nachweis der Kosten aufgefordert.

Insgesamt wurden rund 4.200 Einzelnachfragen zu Extremkostenfällen versendet (gegenüber 2.600 im Vorjahr). Der Anstieg begründet sich insbesondere durch eine Verlagerung von bislang durchgeführten themenkomplexbezogenen Nachfragen hin zu Einzelnachfragen.

Bis Ende 2020 wurden 82,4% dieser Nachfragen durch die Krankenhäuser mit teils ausführlichen Erläuterungen, Kostenaufstellungen, Rechnungsbelegen oder Falldarstellungen beantwortet. Diese hohe Rücklaufquote spiegelt das Engagement wider, mit dem die Krankenhäuser trotz der Auswirkungen der Corona-Pandemie die Kalkulationsteilnahme durchgeführt haben. 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 Kapitel 3.1.

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 für den Extremkostenbericht sowohl hinsichtlich der hohen Rücklaufquote als auch hinsichtlich des Detaillierungsgrads der Beantwortung erneut als sehr positiv angesehen werden, insbesondere vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Durchführbarkeit aufwendiger Recherchen in den fallbezogenen Dokumentationen in den einzelnen Kalkulationskrankenhäusern. Durch die Erfahrungen aus den Vorjahren und die daraus resultierende Standardisierung der Fragestellungen konnte der Aufwand für die einzelne Nachfrage dennoch 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 (siehe Tabelle 5):

Bereich	Anteil an Nachfragen	Rücklaufquote	Löschquote (bezogen auf Nachfragen)
Medikamente/ergänzende Daten	14,8%	84,6%	85,8%
Entgelte	19,5%	88,6%	92,0%
OP/Anästhesie	7,0%	83,0%	82,3%
Implantate	13,7%	83,4%	69,4%
Intensivstation	1,2%	84,0%	76,0%
Einzelkosten 6b	17,7%	91,6%	87,1%
Sonstiges	26,2%	69,7%	93,6%
Gesamt	100,0%	82,4%	86,7%

Tabelle 5: Aufteilung der Kostenausreißer auf Themengebiete bei den Einzelnachfragen

Bei der Extremkostenanalyse 2019 war der Anteil der gelöschten Fälle mit 74,6% etwas geringer. Der Anteil im Detail bearbeiteter Einzelfälle ist bedingt durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie erwartungsgemäß etwas geringer als in den Vorjahren.

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 ist 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 (aufwendige) intensivmedizinische Komplexbehandlung
- Gesamtstunden Intensiv, gewichtet und 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 bei Abweichungen zur Kalkulation des Vorjahres erneut die Gewichtungsmo-
delle und die zu vergebenden Gewichtungsfaktoren zu erläutern.

Werden alle Daten korrekt übermittelt, lässt sich die fallbezogene Kalkulation für intensivme-
dizinische Behandlungen detailliert plausibilisieren. Unverändert zu den Vorjahren lagen häufig
allerdings immer noch Abweichungen zwischen den Strukturdaten und den fallbezogenen
Daten vor. Wenn beispielsweise die Stationsbezeichnung nicht übereinstimmte, war eine
Plausibilisierung der Falldaten erschwert.

Sofern Auffälligkeiten in den Kostendaten der Intensivstationen vorlagen, beispielsweise
durch extrem hohe Tageskosten im Ärztlichen Dienst oder im Pflegedienst, erfolgten fallbe-
zogene Nachfragen. Wenn die oben genannten Daten noch nicht vorlagen, wurden sie ein-
zelfallbezogen nachgefragt. Zusätzlich wurde um Erläuterung der konkreten Auffälligkeit ge-
beten.

Sofern grundsätzlich eine korrekte Zuordnung bzw. Abgrenzung der Kosten der Intensivsta-
tion insgesamt vorliegt, entstehen auffällig abweichende Werte bei den Kostensätzen im Be-
reich der Intensivstation oft aus der Gewichtung, nach der beispielsweise Personalkosten auf
die intensivmedizinisch behandelten Patienten verteilt werden. Eine weitere Ursache auffälli-
ger Kostensätze kann die Auslastung der Intensivstation sein.

Gewichtung

Die Kalkulationsvorgaben zur Gewichtung der Intensivstunden wurden zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der Kalkulationsergebnisse für die Kalkulationsrunde 2015 konkretisiert und mit Beispielen ausgeführt. Daher ergaben sich übermäßig große Spreizungen der Gewichtung nicht mehr im gleichen Maße wie bei der Erstellung der ersten Extremkostenberichte. Extreme Spreizungen der Gewichtung können ggf. zu überhöhten Kostenzuordnungen bei einzelnen Intensivpatienten führen. Dennoch können aufgrund einer Gewichtung einem aufwendigen Patienten ggf. mehr Kosten zugeordnet werden, als sich letztlich über die Kodierung in der DRG und die darauf beruhende 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 1 (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 buchhalterische Personalkostenzuordnung zur betreffenden Station entstehen.

Dialyse

Anlass für Nachfragen zu Dialysen waren relevante Differenzen zwischen den für die Dialyse angegebenen Kosten und den entsprechenden Erlösen durch Zusatzentgelte. Nach Ausschluss von Kalkulationsfehlern wurden die entsprechenden Kosten in der Regel detailliert durch die Krankenhäuser dargestellt und erläutert. Höhere Kosten lagen beispielsweise bei speziellen Dialyseverfahren (z.B. Immunadsorption mit regenerierbarer Säule) oder bei Verbrauch mehrerer Filtereinheiten vor.

3.2.2.3 Operative Behandlung und Anästhesie

Kalkulationsfehler im OP können beispielsweise aufgrund fehlerhafter Erfassung der Operationszeit, eines falschen Gleichzeitigkeitsfaktors sowie unplausibel hoher Kostensätze entstehen. Werden beispielsweise die Kosten der Ärzte vollständig im OP verbucht, obwohl die Ärzte zwischen den Operationen auch andere Leistungen erbringen, führt dies zu unplausibel hohen Kostensätzen im OP, während diese Kosten gleichzeitig in anderen Bereichen wie beispielsweise den bettenführenden 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 bettenführenden 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 z.B. bei Bau- oder Hygienemaßnahmen.

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 sowohl die Eingruppierung mitbestimmen als auch 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 pauschalierenden Systems abbilden. Die Fallkosten fließen zwar in die Kalkulation der jeweiligen DRG ein, da sich aber bei Einzelfällen 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 Versorgungstufen verteilt.

Soweit sich in einzelnen DRGs typische Fälle mit Mehrfachoperationen in ausreichender Anzahl abgrenzen ließen und entsprechende Kostenunterschiede aufwiesen, wurden sie bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems analysiert und ggf. aufgewertet. Dadurch wurde die Abbildung von Mehrfachoperationen weiter verbessert.

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 falschniedriger Erlöse ergab. Ein Beispiel hierfür ist die Kodierung der Implantation einer Elektrode zur Rückenmarkstimulation (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 übermittelten Implantatkosten nahelegten, dass auch ein Neurostimulator implantiert wurde, bzw. die Antwort der Klinik dies bestätigte.

Erhöhte Implantatkosten treten auch auf, wenn kalkulatorisch mehr Implantate zugeordnet wurden, als in der jeweiligen DRG typischerweise je Fall abgebildet sind. Die Ursache kann eine fehlerhafte Zuordnung des Implantats zum Patienten bei der Kalkulation sein. Sofern

jedoch tatsächlich mehrere Implantate während der Operation verwendet wurden, sind die erhöhten Kosten auch in der Kalkulation zu berücksichtigen.

Bei der Weiterentwicklung des aG-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 in 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 im §-21-Datensatz in einer anderen Dosierung angegeben als in der ergänzenden Datenbereitstellung (ED)
- In den OPS-Daten findet sich ein relevanter OPS, zu dem jedoch keine Angabe in der ergänzenden Datenbereitstellung erfolgte
- Im §-21-Datensatz wurde ein abrechnungsrelevanter OPS angegeben, zu dem jedoch kein Entgelt (ZE/NUB) übermittelt wurde
- In der Entgelte-Datei wurde ein Entgelt angegeben, ohne dass ein entsprechender OPS übermittelt wurde

Diese in Abbildung 18 dargestellten Möglichkeiten werden teilweise bereits mit den Plausibilitätsprüfungen untersucht.

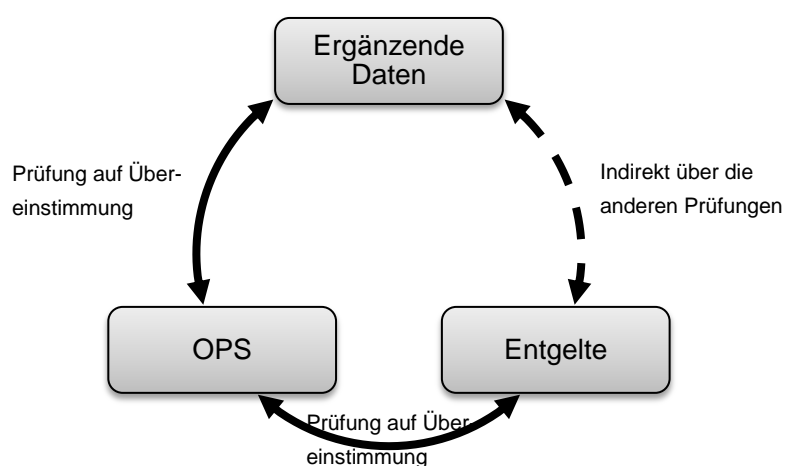


Abbildung 18: Prüfung der Übereinstimmungen zwischen ergänzenden Daten, dokumentierten OPS und Entgelte-Datei

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

- Die fallbezogenen Kostenangaben der ergänzenden Datenbereitstellung 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 Entgelts 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 Schieflage im Sinne einer deutlich unterschiedlichen Verteilung über verschiedene Krankenhäuser besteht.

Besondere Konstellationen am Beispiel polyvalenter Immunglobuline

Eine besondere Auffälligkeit im 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 diesen durch Abrechnungsfehler bedingten Unterdeckungen existieren weitere Ursachen, die Deckungsdifferenzen bedingen.

So weisen unterschiedliche Präparate deutliche Unterschiede bei den Dosiskosten auf. Die unterschiedlichen Preise der einzelnen Präparate zeigten in der eingehenden Analyse keine eindeutige Systematik. Beispielsweise lässt sich in den für 2019 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.

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 Ist-Kosten-Angaben der Kalkulationskrankenhäuser für die Berechnung des Zusatzentgelts verwendet werden, kann dessen Höhe vom Listenpreis abweichen.

3.3 Überarbeitung der aG-DRG-Klassifikation für 2021

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 aG-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 aG-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 Fälle und somit konsequente Besserstellung der verbleibenden
- Finanzierung über bewertete oder gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG krankenhausesindividuell zu vereinbarende Entgelte

Neben den typischen Analysen und den daraus resultierenden klassifikatorischen Umbauten lag bei der Kalkulation des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021 auch ein besonderes Augenmerk auf der zukünftigen Abbildung von COVID-19-Fällen im Entgeltsystem. Die als Basis für die Weiterentwicklung genutzten Daten aus dem Jahr 2019 enthielten jedoch noch keine Fälle mit einer durch SARS-CoV-2 verursachten Erkrankung. Unter anderem deshalb verpflichtete der Gesetzgeber die Krankenhäuser für das Jahr 2020 zu unterjährigen Datenerlieferungen gem. § 21 KHEntgG, die wiederum keine Kostendaten enthielten. Dennoch gelang es, Fälle mit einer COVID-19-Erkrankung bereits im aG-DRG-System 2021 zu berücksichtigen und das System an verschiedenen Stellen entsprechend anzupassen.

Im Rahmen der letztjährigen Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2020 wurden – wie im Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, PpSG) am 1. Januar 2019 in § 17b Abs. 4 KHG festgelegt – erstmals die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem DRG-System ausgegliedert, was mitunter umfassende Änderungen einzelner Fallpauschalen zur Folge hatte. Die Auswirkungen der Ausgliederung sowie die vorgenommenen Anpassungen galt es anhand der Daten des Jahres 2019 nun zu überprüfen und gegebenenfalls zu adjustieren.

Zudem wurden weitere Detailveränderungen vorgenommen, insbesondere um erhebliche Fehlanreize oder problematische Kodiereffekte zu beseitigen, Extremkostenfälle und Innovationen sachgerecht abzubilden oder bei Umbauten, die hohe Fallzahlen oder Kostenunterschiede betrafen, z.B.:

- Anpassungen bei der Abbildung von Kindern
- Im Rahmen des mehrstufigen Prozesses zur Weiterentwicklung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads detaillierte Prüfung einzelner Diagnosen
- Abbildung abdominalchirurgischer Eingriffe

Den tatsächlich vorgenommenen Änderungen des aG-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 aG-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 gem. § 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 aG-DRG-Groupers 2019/2021, der ja gerade Daten des Jahres 2019 nach der aG-DRG-Klassifikation 2021 verarbeiten kann. Folglich werden auch die DRG-Erlöse anhand der Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2021 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 2019 maßgeblich sind. Diese Vorgehensweise kann zu einer deutlichen Überschätzung der Unterdeckung bei Fällen führen, die von neuen oder veränderten Zusatzentgelten oder NUB betroffen sind.

Im aG-DRG-System werden Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CC) mit Hilfe des patientenbezogenen Gesamtschweregrads (PCCL) abgebildet. Dieser berechnet sich aus den Schweregraden von Komplikationen und/oder Komorbiditäten (CCL) der einzelnen Diagnosen eines Patienten in Abhängigkeit von der Basis-DRG und der Hauptdiagnose. Unter anderem galt es nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten für die „Pflege am Bett“ im letzten Jahr zu klären, inwieweit die bestehenden CC-Werte potenzielle Kostenunterschiede einzelner Fälle noch erklären. Diese und weitere umfangreiche Analysen führten neben Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren zur Anpassung der Werte bestimmter Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs.

3.3.2 COVID-19-Pandemie

Obwohl in der dem aG-DRG-System 2021 zugrunde liegenden Datenbasis aus dem Jahr 2019 keine Fälle mit einer durch SARS-CoV-2 verursachten Erkrankung vorlagen, sollten

derartige Konstellationen für die Zukunft berücksichtigt und das Fallpauschalensystem wo möglich entsprechend angepasst werden. Dazu musste zunächst die ICD-10-GM-Klassifikation im Februar und März 2020 durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) insofern angepasst werden, als die vorläufigen Schlüsselnummern U07.1 und U07.2 mit den Inhalten *COVID-19, Virus nachgewiesen* (U07.1!) und *COVID-19, Virus nicht nachgewiesen* (U07.2!) belegt wurden.

Überdies wurde seitens des Gesetzgebers mit Artikel 3 des Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite (BGBl. I, Nr. 23 vom 22. Mai 2020, S. 1018) eine nach § 24 KHG verpflichtende unterjährige Datenlieferung zum 15. Juni 2020 und 15. Oktober 2020 vorgegeben. Obwohl hier die Vorgaben des § 21 KHEntgG maßgeblich waren und die entsprechenden Datenlieferungen somit zwar Leistungs-, aber keine Kosteninformationen zu Fällen mit einer COVID-19-Infektion enthielten, lieferten sie wesentliche Informationen zu Verweildauern oder Beatmungszeiten der Fälle mit COVID-19 im Vergleich zu den anderen Fällen der DRGs. Es zeigte sich, dass die aufwendigen mutmaßlichen Extremkostenfälle mit längerer Beatmung bzw. intensivmedizinischer Versorgung bereits in hochdifferenzierten DRGs der Prä-MDC oder den intensivmedizinischen DRGs der organbezogenen Kapitel abgebildet sind. Zudem wurden – basierend auf einem für eine COVID-19-Infektion typischen klinischen Bild – verschiedene Anpassungen an verschiedenen Stellen des Algorithmus vorgenommen (Abbildung 19).

Klinisches Bild	Eingruppierung über...	Anpassung im aG-DRG-System 2021
Infektionen der unteren Atemwege	Hauptdiagnose <i>Pneumonie</i> in der MDC 04 <i>Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane</i>	Direkte Gruppierungsrelevanz sowie CC-Wert für die Nebendiagnose <i>COVID-19</i>
Infektionen der oberen Atemwege	Teilweise Hauptdiagnose <i>Akute Infektion der Atemwege</i> in der MDC 03 <i>Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses</i>	CC-Wert für die Nebendiagnose <i>COVID-19</i> und PCCL-Split in der Basis-DRG D63 <i>Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege [...]</i>
Primär Isolierungsmaßnahmen nötig	Prozeduren für Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen Erregern in spezifischen DRGs	Ausbau der "DRG-Familie" für Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit isolationspflichtigen Erregern
Schwerer intensivpflichtiger Verlauf	Beatmungsstunden in spezifischen DRGs der Prä-MDC oder den intensivmedizinischen DRGs verschiedener MDCs	Höhergruppierung von Fällen mit <i>COVID-19</i> ab 200 Beatmungsstunden durch Aufnahme in die Basis-DRG A11 <i>Beatmung > 249 Stunden [...]</i>

Abbildung 19: Wesentliche Anpassungsmöglichkeiten des aG-DRG-Systems 2021 ohne Kostendaten von Fällen mit COVID-19-Infektion

Bereits für das aG-DRG-System 2021 konnten somit bedeutsame Verbesserungen in der Abbildung von Fällen mit einer SARS-CoV-2-Infektion umgesetzt werden, obwohl anhand der Kalkulationsdaten aus dem Jahr 2019 noch keine durchgängige und kostengestützte Berücksichtigung der Auswirkungen einer COVID-19-Erkrankung möglich war.

3.3.3 Anpassungen bei der Abbildung von Kindern

Die Analyse der Abbildung von Kindern im aG-DRG-System nimmt im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung eine gewisse Sonderstellung ein. So werden alle DRGs, in denen das Kindesalter als Splitkriterium genutzt wird („Kindersplits“), daraufhin untersucht, ob durch diese Altersbedingung die Kinder auch weiterhin bessergestellt werden. Hiermit wird eine ungewollte Schlechterstellung von Kindern durch nicht mehr indizierte Kindersplits ausgeschlossen, indem betroffene DRGs in der Folge kondensiert werden. Dies war in ganz besonderem Maße im Vorjahr der Fall, als durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten vormalige Kostenunterschiede in einigen DRGs verringert, aufgehoben oder gar umgekehrt wurden. Nachdem dies bereits für das aG-DRG-System 2020 zur Streichung einer nennenswerten Zahl von Kindersplits führte, wurden auch für das aG-DRG-System 2021 einige für Kinder ungünstige Kindersplits aufgelöst. Andererseits wurden bestehende Altersgrenzen auf mögliche Erweiterungen hin untersucht. So wurden mehrere DRGs, die bislang Kindern unter 15 Jahren vorbehalten waren, für Kinder im Alter von 16 und 17 Jahren erweitert. An anderer Stelle wurde die Bedingung „Alter < 1 Jahr“ in „Alter < 6 Jahre“ geändert und somit für weitere Kinder eine sachgerechte Vergütung gewährleistet. Auch gänzlich neue Altersplits, teilweise in Kombination mit anderen Attributen, wurden etabliert:

- Basis-DRG B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation [...]*: Erweiterung der Bedingung um andere Eingriffe am Schädel in Kombination mit Alter < 12 Jahre
- DRG B20C *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 Jahre [...]* oder *mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe bei Trigeminusneuralgie, Alter < 16 Jahre oder [...]*: Erweiterung der Splitbedingung um komplexe Diagnose oder bestimmte Eingriffe bei Trigeminusneuralgie in Kombination mit Alter < 16 Jahre
- DRG D13A *Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 1 Jahr
- DRG G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre
- DRG G17A *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre
- DRG H62A *Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre
- DRG I08H *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 12 Jahre
- DRG I66C *Frakturen Becken und Schenkelhals, [...]* oder *Alter < 1 Jahr mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder mit bestimmten systemischen rheumatologischen Erkrankungen*: Erweiterung der Splitbedingung um kinder- und jugendrheumatische Komplexbehandlung, 7 bis 13 Behandlungstage oder bestimmte Vaskulitiden in Kombination mit Alter < 1 Jahr
- DRG L62A *Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 16 Jahre in Kombination mit schweren CC
- DRG Q60B *Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, [...]* ohne *Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC*: Erweiterung der Bedingung um Alter < 16 Jahre in Kombination mit äußerst schweren CC

- DRG W61A *Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre*: Erweiterung der Splitbedingung um Alter < 12 Jahre

Auch wurde das Splitkriterium *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* an verschiedenen Stellen neu eingeführt oder die erforderliche Anzahl von Aufwandspunkten gesenkt, was ebenfalls eine höhere Vergütung für die Behandlung der betroffenen Kinder zur Folge hat:

- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 2059 Aufwandspunkten in der DRG A04B *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, [...] oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2058 / - / - Punkte*
- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 981 und *aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* ab 829 Aufwandspunkten in der DRG A01B *Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation [...] oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.*
- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 981 Aufwandspunkten in der DRG A11D *Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 Punkte [...] oder IntK > 980 / 1104 / - Punkte*
- Erweiterung der Splitbedingung um *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* ab 197 Aufwandspunkten in der DRG G16A *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion [...] oder IntK > 196/ 368/ - Punkte oder endorektale Vakuumtherapie*

Neben dem Alter werden für die Abbildung von Kindern auch altersspezifische Prozeduren als Kostentrenner genutzt. Beispielhaft sei hier die Behandlung zur Korrektur einer juvenilen Skoliose genannt. Für verschiedene hochspezifische und vergleichsweise selten durchgeführte operative Eingriffe, die bislang als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach § 6 Abs. 2 KHEntgG vergütet wurden, konnte eine Angleichung der Vergütung dieser Verfahren an andere langstreckige Instrumentierungen an der Wirbelsäule erreicht werden (siehe Abbildung 20). Aufgrund der geringen Fallzahl und der heterogenen Fallkosten war eine noch weitergehende Integration der NUB-Leistungen nicht möglich.

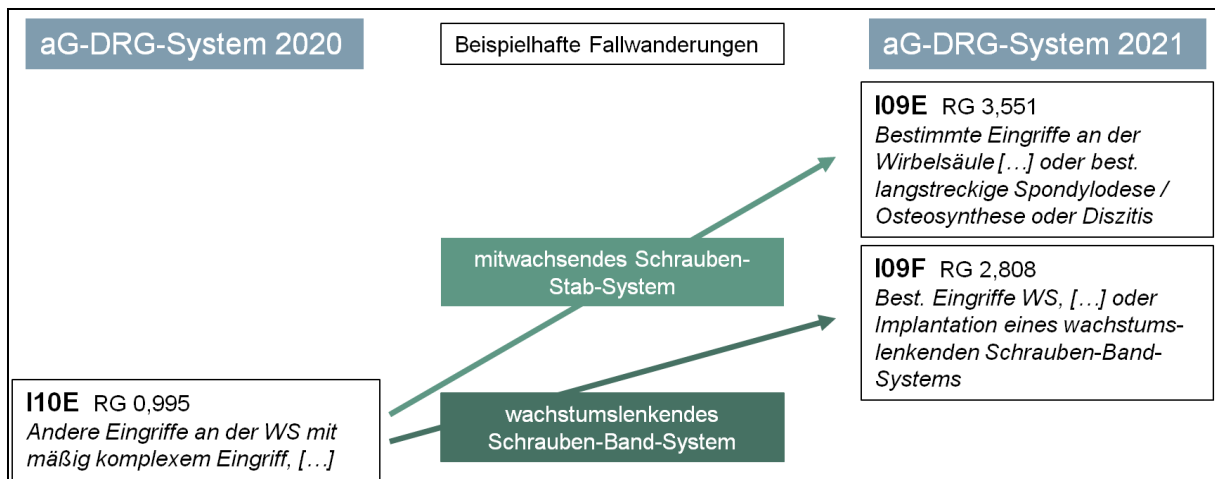


Abbildung 20: Fallwanderung für Fälle mit wachstumslenkendem Schrauben-Band-System und mitwachsendem Schrauben-Stab-System

Aus diesen und weiteren kinderspezifischen Umbauten ergibt sich letztlich eine deutliche Case-Mix-Steigerung gegenüber der aG-DRG-Version 2020, die mit einer erheblich höheren Vergütung für die Behandlung von Kindern einhergeht.

3.3.4 Patientenbezogener Gesamtschweregrad

Im aG-DRG-System werden Komplikationen und Komorbiditäten (CC) über den patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL) abgebildet. Dieser berechnet sich aus den kumulierten Schweregraden der einzelnen Diagnosen eines Patienten. Im Rahmen eines auf einige Jahre ausgelegten mehrstufigen Prozesses wird dieses Schweregradsystem überarbeitet.

In den letzten Jahren wurde zum einen die Formel zur Berechnung des PCCL angepasst und zum anderen neue PCCL-Werte für sogenannte „schwerste CC“ eingeführt. Nach der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten galt es zu analysieren, inwieweit die CC-Werte potentielle Unterschiede in den Kosten einzelner Fälle noch erklären. Während sich im Vorjahr die Anpassungen auf einige wenige Diagnosen konzentrierten, bei denen inhaltlich eine gewisse Nähe zum Pflegeaufwand der Patienten zu vermuten war, fand sich nun erneut eine Vielzahl von Codes, bei denen nach der Herausnahme der Pflegepersonalkosten die Einstufung im CCL-Schweregrad-System nicht mehr oder nicht mehr in der aktuellen Höhe durch Mehrkosten begründet war. Nach umfangreichen Analysen wurden die CC-Werte zahlreicher Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs angepasst, wobei neben Auf- und Abwertungen auch vergleichsweise viele Diagnosekodes erstmals mit einem CC-Wert versehen werden konnten (Abbildung 21).

	für 2017	für 2018	für 2019	für 2020	für 2021
DRG-spezifische Abwertungen in 1-2 Basis-DRGs	938	553	726	467	635
DRG-spezifische Abwertungen in 3-9 Basis-DRGs	435	50	514	46	639
DRG-spezifische Abwertungen in 10-29 Basis-DRGs	2	16	208	7	436
DRG-spezifische Abwertungen >29 Basis-DRGs	107	171	16	78	227
Abwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	24	18	22	0	2
Aufwertungen aus dem Vorschlagsverfahren	3	1	0	0	0
Weitere Aufwertungen	10	11	0	0	5
Neu aufgenommene Codes	42	7	1	1	27
Gesamt (beinhaltet Doppelnennungen)	1.521	827	1.487	599	1.971

Abbildung 21: Veränderungen an der CCL-Matrix für 2017 bis 2021

Bei der Analyse und Weiterentwicklung der CCL-Matrix handelt es sich um einen mehrjährigen Prozess, der, auch bedingt durch die Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung auf das aG-DRG-System, keinesfalls abgeschlossen ist.

3.3.5 Abdominalchirurgie

Abdominal- bzw. viszeralchirurgische Eingriffe sind im aG-DRG-System in den MDCs 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* und MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas* differenziert abgebildet. Im Zuge der Extremkostenanalysen fiel auf, dass in verschiedenen Basis-DRGs der MDC 06 Fälle mit bestimmter Vakuumtherapie nicht sachgerecht abgebildet waren. Hier waren neben Fällen mit endoösophagealer auch Fälle mit endorektaler Vakuumtherapie betroffen. Erstere wurden, nachdem sie bereits im Vorjahr in einigen DRGs aufgewertet wurden, in diesem Jahr in den Basis-DRGs G03 *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum* und G36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...] bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* bessergestellt (Abbildung 22).

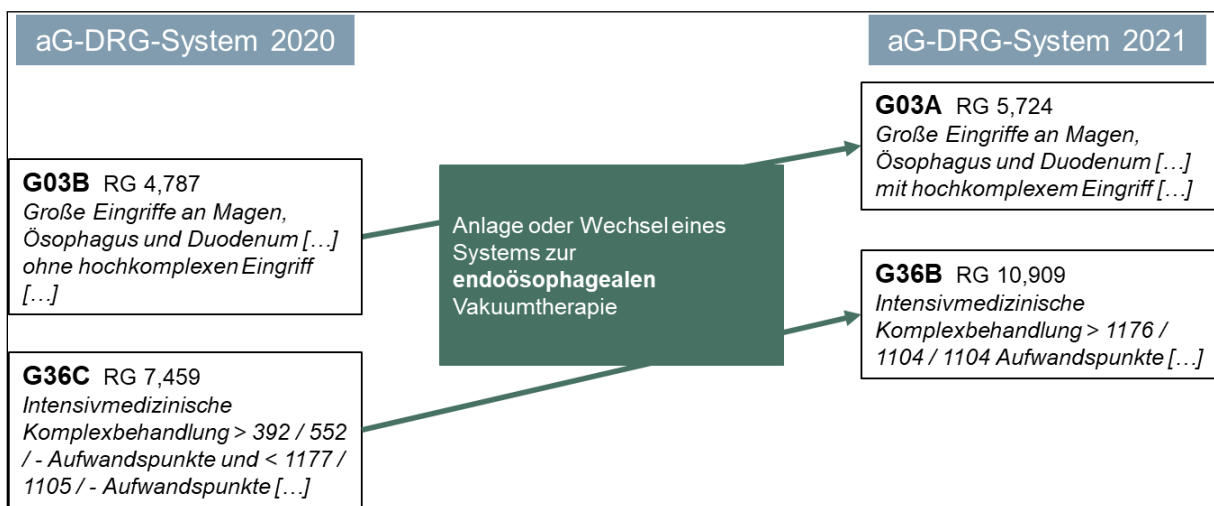


Abbildung 22: Extremkostenaufwertung der endoösophagealen Vakuumtherapie

Auch die Analyse von Fällen mit endorektaler Vakuumtherapie ermöglichte im Ergebnis eine Aufwertung dieser Leistung, die künftig in den zwei DRGs G16A *Komplexe Rektumresektion [...] mit komplizierender Konstellation [...]* oder *endorektale Vakuumtherapie* und G18A *Be-*

stimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm [...] mit hochkomplexem Eingriff [...] oder mit endorektaler Vakuumtherapie sachgerecht zusammengefasst sind (siehe Abbildung 23).

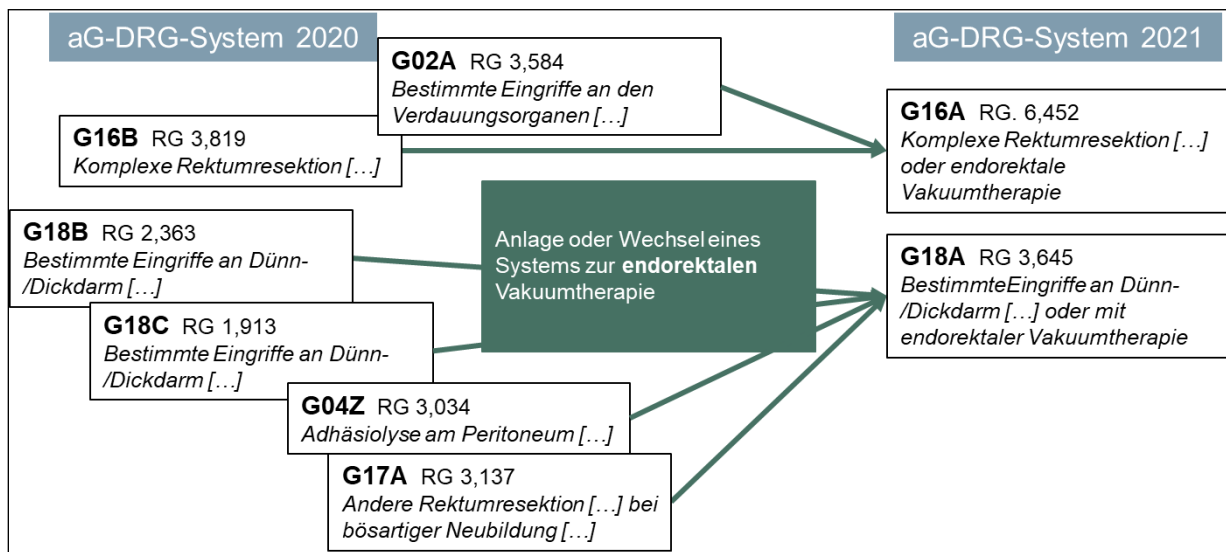


Abbildung 23: Extremkostenaufwertung der endorektalen Vakuumtherapie

In der MDC 07 wurden Extremkostenfälle mit Segmentresektionen des Duodenums, des Jejunums oder des Ileums oder mit multiplen Segmentresektionen des Dünndarms, die vormals in der DRG H06A eingruppiert waren, der DRG H09A *Eingriffe an Pankreas und Leber [...]* zugeordnet und damit deutlich aufgewertet.

3.3.6 Bösartige Neubildungen

Die Behandlung einer bösartigen Neubildung findet im aG-DRG-System in vielerlei Hinsicht Berücksichtigung. Neben der Hauptdiagnose, die oftmals direkt erlösrelevant ist, wirken Nebendiagnosen zusätzlich über das CCL-Schweregradsystem höhergruppierend. Bei intensivmedizinisch betreuten Fällen hat eine bösartige Neubildung erheblichen Einfluss auf die Höhe der ermittelten Punktwerte der *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung*. Daneben führen typische operative Eingriffe wie auch Chemo- und Strahlentherapien zu einer höheren Eingruppierung der Fälle. Bezüglich der Abrechnung sind die entsprechenden Fallpauschalen vielfach von der Fallzusammenführung ausgenommen, zudem werden – wo notwendig – die Langliegerzuschläge angepasst.

Nach Analyse der Daten des Jahres 2019 wurde in vielen DRGs eine große Anzahl von Aufwertungen umgesetzt, welche sowohl hinsichtlich der Menge der Umbauten als auch bezüglich der Relevanz der Veränderungen deutlich über den Anpassungen der Vorjahre lagen. Beispielsweise wurden in der Basis-DRG H41 *ERCP [...]* Fälle mit einer Hauptdiagnose für Bösartige Neubildung von Leber, Gallenwegen oder Pankreas und in der Basis-DRG J61 *Schwere Erkrankungen der Haut [...]* Fälle mit bösartigen Melanomen aufgewertet. In der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* werden typische onkologische Eingriffe wie Laryngektomien oder Neck dissection (ab 3 Regionen) in mehreren DRGs besser vergütet. Insgesamt wurde die Abbildung von Fällen mit einer bösartigen Neubildung durch über 40 Umbauten in 12 MDCs erheblich verbessert.

3.3.7 Weitere Extremkostenumbauten

In der Basis-DRG I27 *Eingriffe am Weichteilgewebe, kleinflächige Gewebetransplantationen, großflächige Hauttransplantationen, Nephrektomie oder bestimmte bösartige Neubildungen mit bestimmten Eingriffen am Abdomen oder Thorax oder Transplantation einer Zehe als Fingersersatz* sind verschiedenartige Eingriffe zusammengefasst. Neben deutlich weniger aufwendigen Eingriffen, wie z.B. Operationen an Schleimbeuteln oder Sehnen, fanden sich bei der Analyse auch verschiedene Extremkosten-Konstellationen. So wurden beispielsweise bestimmte Lungenresektionen oder kompartmentübergreifende Weichteilresektion bei bösartiger Neubildung innerhalb dieser Basis-DRG aufgewertet, während vergleichsweise einfache Eingriffe wie eine primäre Naht einer Sehne am Unterschenkel abgewertet wurden.

Fälle, bei denen aufgrund eines Melanoms komplexe Resektionen und Rekonstruktionen an Kopf und Hals durchgeführt wurden, waren in der Vergangenheit in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* abgebildet. Bereits im Vorjahr wurden derartige Fälle in die MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* umgeleitet, wo sie in der Basis-DRG D02 *Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals* nicht nur differenzierter abgebildet, sondern auch besser vergütet werden. In diesem Jahr wurden nun weitere Fälle mit vergleichbaren Konstellationen ebenfalls in die MDC 03 verschoben und dadurch aufgewertet (Abbildung 24).



Abbildung 24: Umleitung aus der MDC 09 in die MDC 03: Beispielhafte Fallwanderungen

3.3.8 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 2020 oder 2021 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 Entgelte-Datei der Fälle in die Extremkostenanalyse einbezogen, sodass die auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2017 ermittelten Entgelte des Katalogs 2019 maßgeblich sind.
- Die DRG-Erlöse werden hingegen anhand der Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2021 ermittelt.
- ZE- oder NUB-Leistungen 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 berücksichtigt werden.

- Die DRG-Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2021 sind jedoch auf Grundlage der bereinigten Kalkulationsfälle berechnet, sodass die Kosten neu etablierter ZE/NUB-Leistungen dort bereits im Relativgewicht fehlen (im Abrechnungsjahr 2021 kommen stattdessen ergänzende Entgelte zur Anwendung).

Für die Berechnung der Kostendeckung nach der Methodik des Extremkostenberichts bedeutet dies, 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 wurde in den Berichten der Vorjahre am Beispiel zahlreicher relevanter Leistungen dargestellt.

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 bei der Weiterentwicklung des aG-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 aG-DRG-Systems sowie der Rückmeldungen zu nachgefragten Kostenausreißern bis Oktober 2020. 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 2020 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 Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2021 fand eine letztmalige Datenannahme zur Analyse im September 2020 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 25 zeigt die Verteilungszuordnung gemäß dem kleinsten quadratischen Abstand für die bereinigten Kosten. Der überwiegende Teil der DRGs (615 von 1.225, entspricht 50%) wird am besten von einer Log-Normalverteilung beschrieben.

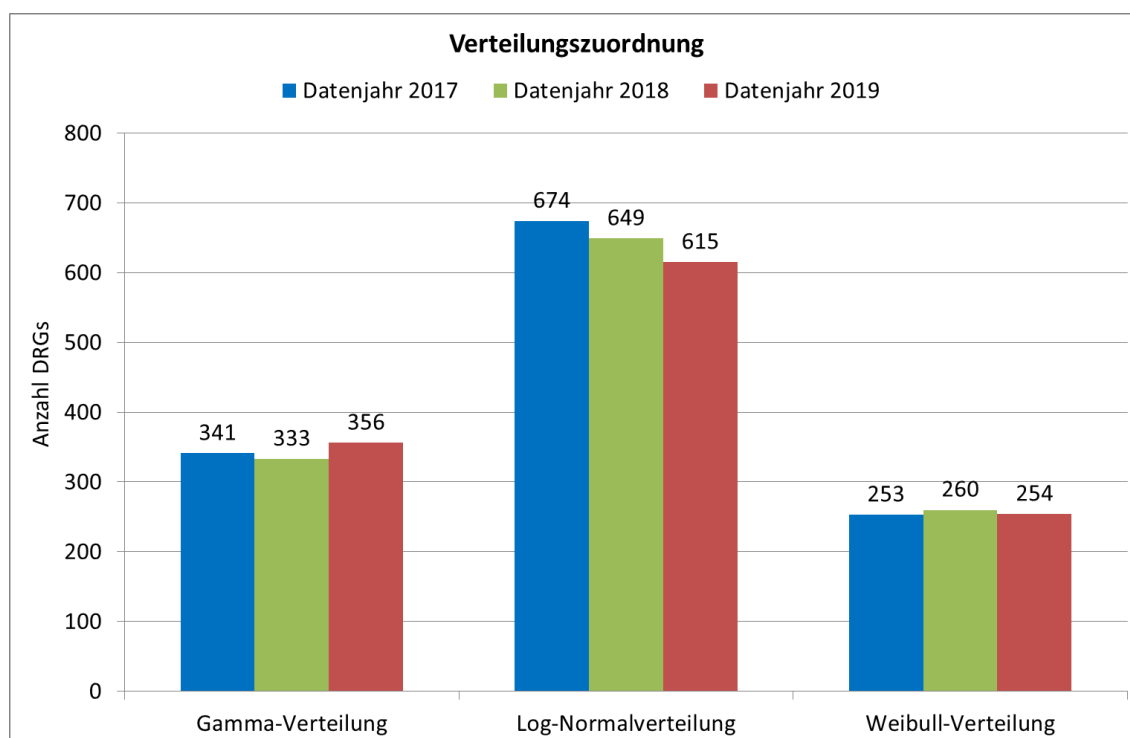


Abbildung 25: Verteilungszuordnung für die bereinigten Fallkosten, Anzahl DRGs, Datenjahre 2017 bis 2019

Der Anteil der Gamma-Verteilung ist mit 356 von 1.225 DRGs (entspricht 29%) höher als der Anteil der Weibull-Verteilung mit 254 von 1.225 DRGs (entspricht 21%). Auch wenn ein leichter Anstieg des Anteils der Gamma-Verteilung zusammen mit einem leichten Rückgang des Anteils der Log-Normalverteilung zu verzeichnen ist, entspricht die Zuordnung der DRGs zu den drei Verteilungsfunktionen für die bereinigten Fallkosten für das Datenjahr 2019 im Großen und Ganzen der Verteilungszuordnung der DRGs in den vorherigen Extremkostenberichten.

Die Betrachtung der Fallanteile für die verschiedenen statistischen Verteilungen der bereinigten Fallkosten zeigt im Vergleich der Datenjahre 2017 bis 2019 keine bedeutsamen Unterschiede (vgl. Abbildung 26).

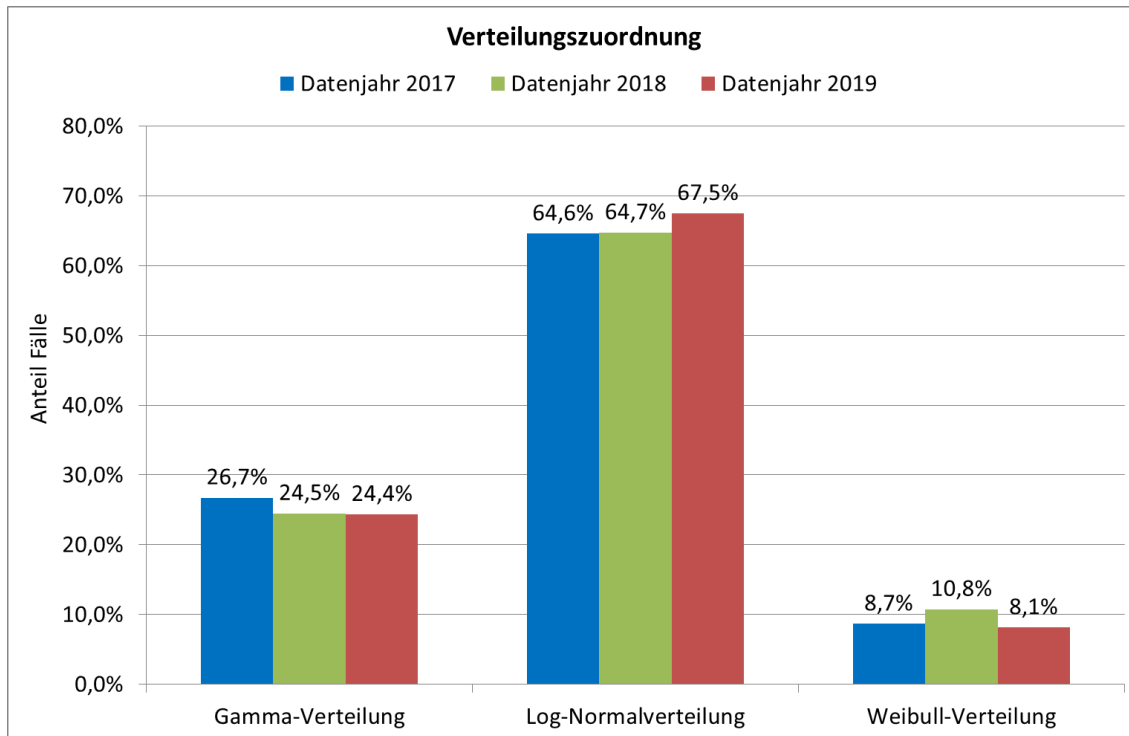


Abbildung 26: Verteilungszuordnung für die bereinigten Fallkosten, Fallanteile, Datenjahre 2017 bis 2019

3.4.2 Kategorisierung der Leistungen

Für die Analysen stehen 1.225 DRGs aus 279 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 die Analysen zum Extremkostenbericht bislang definierten Leistungsgruppen werden in ihrer Grundstruktur unverändert fortgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die dynamische Kategorisierung in den Datenjahren zu leicht unterschiedlichen Zusammensetzungen der Leistungsgruppen führen kann. Dies ergibt sich einerseits durch die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems durch Splits und Kondensationen von DRGs und andererseits durch Fallverschiebungen in der Leistungserbringung zwischen den Datenjahren. Dennoch ergeben sich in den einzelnen Leistungsgruppen weitgehend stabile Kategorisierungen. Informationen zur dynamischen Zusammensetzung 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. Im Datenjahr 2019 sind im Ergebnis dieser dynamischen Definition in der Leistungsgruppe DRGAVL 40 der 1.225 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 40 DRGs (Vorjahr: 36 DRGs) repräsentieren in der Analysemenge

einen Fallanteil von 30,2% (Vorjahr: 28,9%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 14,5% (Vorjahr: 14,0%).

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 aG-DRG-Version übertragen. Korrespondierend mit der Leistungsgruppe DRGAVL kann die vom VUD definierte Leistungsgruppe **DRGRegelVUD** betrachtet werden. In der Leistungsgruppe DRGRegelVUD sind im aktuellen Datenjahr 787 DRGs (Vorjahr: 799 DRGs) enthalten. Diese 787 DRGs repräsentieren in der Analysemenge einen Fallanteil von 87,6% (Vorjahr: 87,7%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 69,8% (Vorjahr: 70,0%). Damit ist die Leistungsgruppe DRGAVL spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGRegelVUD.

Tabelle 6 am Ende des Abschnitts zeigt in einer Übersicht die Veränderung in der Zusammensetzung der Leistungsgruppen hinsichtlich der Anzahl der DRGs und des Fallanteils zwischen den Datenjahren 2018 und 2019.

3.4.2.2 Spezielle Versorgungsleistungen

Im Gegensatz zu den allgemeinen Versorgungsleistungen zeichnet sich die Leistungsgruppe der speziellen Versorgungsleistungen dadurch aus, dass die mit diesen 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). Im Datenjahr 2019 sind im Ergebnis der dynamischen Definition in der Leistungsgruppe DRGSVL 171 (Vorjahr: 179 DRGs) der 1.225 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 171 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 3,1% (Vorjahr: 3,0%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 8,3% (Vorjahr: 7,9%).

Korrespondierend mit der Leistungsgruppe DRGRegelVUD hat der VUD eine Leistungsgruppe für spezielle Versorgungsleistungen definiert. Die Leistungsgruppe **DRGMaxVUD** enthält 438 DRGs (Vorjahr: 443 DRGs). Diese 438 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 12,4% (Vorjahr: 12,3%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 30,2% (Vorjahr: 30,0%).

Tabelle 6 am Ende des Abschnitts zeigt in einer Übersicht die Veränderung in der Zusammensetzung der Leistungsgruppen hinsichtlich der Anzahl der DRGs und des Fallanteils zwischen den Datenjahren 2018 und 2019.

Die Leistungsgruppe DRGSVL ist spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGMaxVUD. Die Leistungsgruppen des VUD enthalten in Summe alle 1.225 analysierten DRGs, während die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL mit insgesamt 211 DRGs nur jeweils einen spezifischen Ausschnitt der 1.225 DRGs repräsentieren. Bei der Aufteilung in die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL sind 1.014 DRGs keiner der beiden Leistungsgruppen zugeordnet. Diese DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 66,7% (Vorjahr: 68,1%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 77,2% (Vorjahr: 78,1%).

Abbildung 27 zeigt die Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge für das Datenjahr 2019 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.

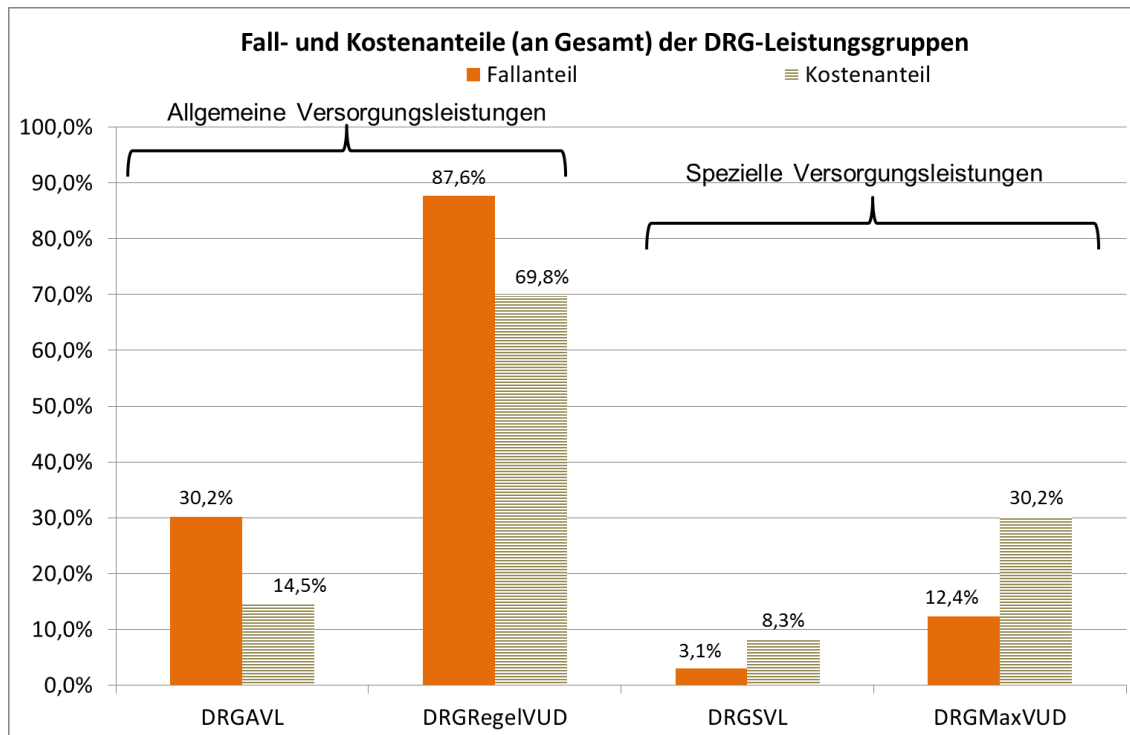


Abbildung 27: Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge, Datenjahr 2019

Die Fall- und Kostenanteile in den beiden Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung sind auch im Datenjahr 2019 höher als in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgung. Abbildung 27 zeigt, dass die Leistungsgruppe DRGAVL mit einem Fallanteil von 30,2% nur einen Kostenanteil von 14,5% an den bereinigten Kosten aufweist. Die Leistungsgruppe DRGSVL mit einem Fallanteil von 3,1% weist dagegen einen Kostenanteil in Höhe von 8,3% an den bereinigten Kosten auf. Unverändert geht also die Erbringung von Leistungen in der Leistungsgruppe DRGSVL mit überdurchschnittlichen und in der Leistungsgruppe DRGAVL mit unterdurchschnittlichen Kosten einher.

3.4.2.3 Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Zusätzlich zur grundsätzlichen Differenzierung in allgemeine und spezielle Versorgungsleistungen werden drei weitere Leistungsgruppen betrachtet. 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. Die Leistungsgruppe DRGKinderOnko stellt eine Teilmenge der Leistungsgruppe DRGOnko dar.

Tabelle 6 zeigt für die verschiedenen Leistungsgruppen die Veränderung in der Zusammensetzung im Hinblick auf die Anzahl der DRGs sowie den Fallanteil (bezogen auf die Fallzahl in der Analysemenge insgesamt) im Vergleich der Datenjahre 2018 und 2019.

	Leistungsgruppe	Datenjahr	Anzahl DRGs Dj. 2018	Anzahl DRGs Dj. 2019	Fallanteil Dj. 2018	Fallanteil Dj. 2019
	Gesamt	2018 und 2019	1.216	1.216		
	Gesamt	Nur 2018	26			
	Gesamt	Nur 2019		9		
	Gesamt	Gesamt	1.242	1.225		
Allgemeine Versorgungs- leistungen	DRGAVL	2018 und 2019	32	32		
	DRGAVL	Nur 2018	4			
	DRGAVL	Nur 2019		8		
	DRGAVL	Gesamt	36	40	28,9%	30,2%
	DRGRegelVUD	2018 und 2019	778	778		
	DRGRegelVUD	Nur 2018	21			
	DRGRegelVUD	Nur 2019		9		
	DRGRegelVUD	Gesamt	799	787	87,7%	87,6%
Spezielle Versorgungs- leistungen	DRGSVL	2018 und 2019	157	157		
	DRGSVL	Nur 2018	22			
	DRGSVL	Nur 2019		14		
	DRGSVL	Gesamt	179	171	3,0%	3,1%
	DRGMaxVUD	2018 und 2019	434	434		
	DRGMaxVUD	Nur 2018	9			
	DRGMaxVUD	Nur 2019		4		
	DRGMaxVUD	Gesamt	443	438	12,3%	12,4%
Gesondert betrachtete Leistungsgruppen	DRGIntensiv	2018 und 2019	58	58		
	DRGIntensiv	Nur 2018				
	DRGIntensiv	Nur 2019		0		
	DRGIntensiv	Gesamt	58	58	1,4%	1,4%
	DRGOnko	2018 und 2019	224	224		
	DRGOnko	Nur 2018	7			
	DRGOnko	Nur 2019		3		
	DRGOnko	Gesamt	231	227	9,0%	9,2%
	DRGKinderOnko	2018 und 2019	15	15		
	DRGKinderOnko	Nur 2018	1			
DRGKinderOnko	Nur 2019		1			
DRGKinderOnko	Gesamt	16	16	0,2%	0,2%	

Tabelle 6: Anzahl DRGs und Fallanteile der verschiedenen Leistungsgruppen, Datenjahre 2018 und 2019

3.4.3 Kategorisierung der Leistungserbringer

Um die Ergebnisse ohne direkten Hausbezug in den Auswertungen auf Gruppen von Krankenhäusern beziehen zu können, ist eine Klassifizierung der medizinischen Leistungserbringer sinnvoll. Damit wird dem Ziel des Extremkostenberichts Rechnung getragen, eine mögliche Basis für Beratungen in den Gremien der Selbstverwaltungspartner zu bilden.

Die nach den Plausibilisierungen verbliebene Kalkulationsstichprobe zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems im Datenjahr 2019 bestand aus 282 Krankenhäusern, davon 13 Universitätskliniken (Vorjahr: 13). Für den Extremkostenbericht können die Daten von 279 Krankenhäusern verwendet werden (vgl. Kapitel 2.1.1). Zu Analysezwecken wurden die 13 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 Krankenhausgruppe KHAndere umfasst im Datenjahr 2019 mit 263 Krankenhäusern (Vorjahr: 274) 11 Häuser weniger als im Datenjahr 2018. Dieser Rückgang in der Krankenhausgruppe KHAndere entspricht vollständig dem Rückgang an Kalkulationsteilnehmern der Datenerhebung für das Datenjahr 2019. Die Krankenhausgruppe KHAndere zeigt eine hohe Stabilität in der Zusammensetzung. 254 Häuser dieser Krankenhausgruppe (97%) nahmen bereits im Vorjahr an der Kostenkalkulation teil. Neun Häuser sind erstmals in der Analysemenge zum Extremkostenbericht enthalten. Damit nahmen 20 Krankenhäuser, die im Datenjahr 2018 Bestandteil der Analysemenge waren, im Datenjahr 2019 nicht an der Kostenkalkulation teil (siehe auch Abbildung 33 in Kapitel 3.4.5).

Mit einem Fallanteil von 23,7% an allen analysierten Fällen repräsentieren die KHUniMax-Krankenhäuser knapp ein Viertel der analysierten Fälle. Im Datenjahr 2018 lag dieser Anteil mit 22,8% leicht darunter. Der Fallanteil für die Krankenhausgruppe KHAndere beträgt entsprechend 76,3% (Vorjahr: 77,2%). Der Anteil der bereinigten Kosten beträgt für die Krankenhausgruppe KHUniMax 31,0% (Vorjahr 29,3%) und für die Krankenhausgruppe KHAndere 69,0% (Vorjahr: 70,7%). In Abbildung 28 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 2019 dargestellt.

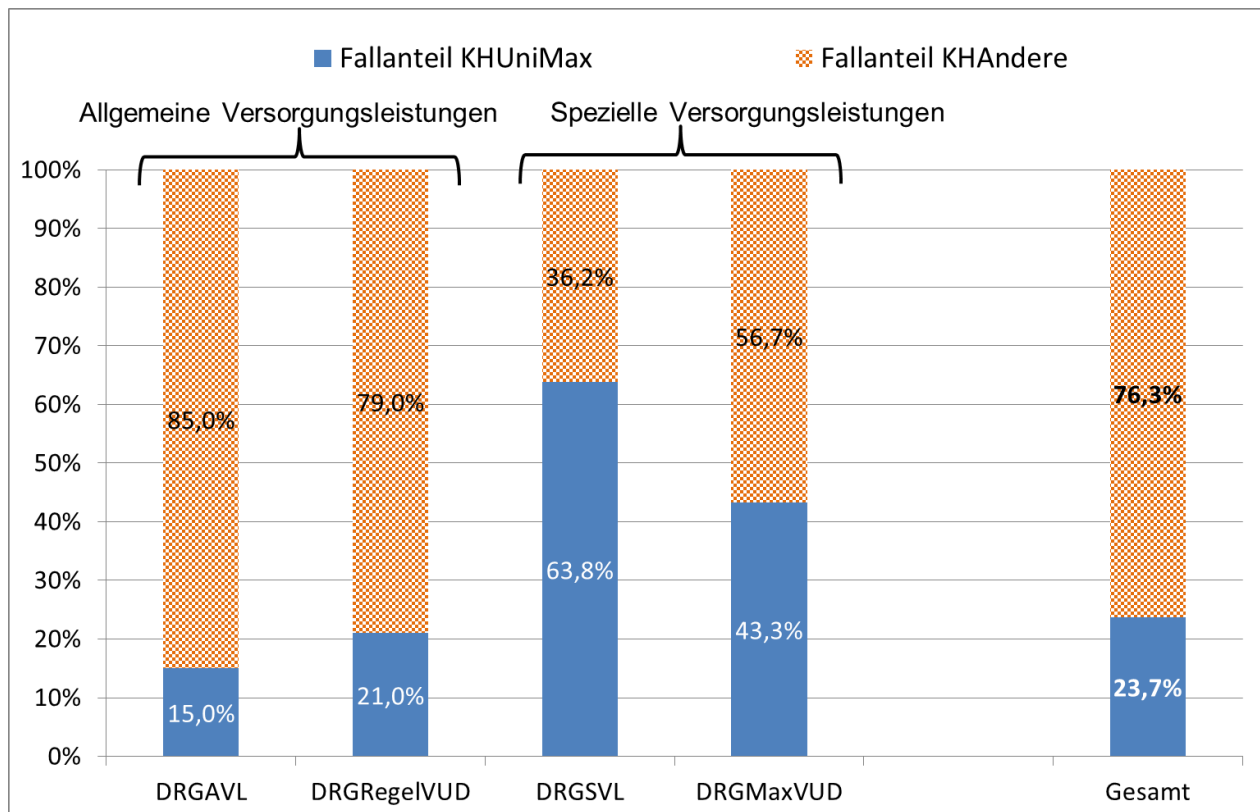


Abbildung 28: Fallanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen, Datenjahr 2019

Abbildung 28 zeigt, dass die Fallanteile für die KHUniMax-Häuser in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD – wie in den Datenjahren zuvor – deutlicher ausgeprägt sind als in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD. 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 7 sind die entsprechenden Kostenanteile für die bereinigten Kosten aufgeführt. Die Krankenhausgruppe KHUniMax mit 5,7% der analysierten Krankenhäuser stellt mit 23,7% der Fälle und 31,0% der Kosten unverändert ein Mehrfaches der Fälle und Kosten zur Verfügung, als im Durchschnitt zu erwarten wäre. Die Krankenhausgruppe KHUniMax ist damit im Datenjahr 2019 in der Kalkulationsstichprobe überrepräsentiert. Diese Zahlen verdeutlichen die Bedeutung dieser Krankenhausgruppe bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems.

		Krankenhausgruppe	
		KHUniMax	KHAndere
Leistungsgruppe	DRGAVL	15,0%	85,0%
	DRGRegelVUD	22,7%	77,3%
	DRGSVL	63,8%	36,2%
	DRGMaxVUD	50,0%	50,0%
Alle Fälle		31,0%	69,0%

Tabelle 7: Kostenanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen, Datenjahr 2019

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 ein anderes Bild: Hier zeigt die Krankenhausgruppe KHUniMax

den größeren Anteil der bereinigten Kosten im Vergleich zur Gruppe KHAndere für die Leistungsgruppe DRGSVL. Der Kostenanteil der bereinigten Kosten der Krankenhausgruppe KHUniMax liegt in dieser Leistungsgruppe etwa bei dem 1,8fachen des Kostenanteils der Gruppe KHAndere. In der Leistungsgruppe DRGMaxVUD sind die Kostenanteile annähernd gleich groß. Insgesamt zeigen die Kostenanteile für die bereinigten Kosten in den vergangenen Jahren damit eine qualitativ identische Verteilung auf die Leistungsgruppen. Werden die durchschnittlichen bereinigten Kosten betrachtet, weisen die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax – wie in den Vorjahren – 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 die Kennwerte der entsprechenden Verteilung durch die Grenzwerte je DRG eindeutig die Kostenausreißer nach unten und nach oben.

Insgesamt werden 4,07% aller analysierten Fälle als Lower-Kostenausreißer (Vorjahr: 3,88%) und 1,57% als Upper-Kostenausreißer (Vorjahr: 1,53%) identifiziert. Die Differenzierung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern nach Krankenhausgruppen für das Datenjahr 2019 zeigt Tabelle 8.

Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	3,50%	2,55%
KHAndere	4,25%	1,26%
Alle Krankenhäuser	4,07%	1,57%

Tabelle 8: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer, Datenjahr 2019

Innerhalb der Krankenhausgruppen ergibt sich analog zu den Vorjahren 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. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax ist der Anteil an Kostenausreißern insgesamt (Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) mit einem Wert von 6,05% (Vorjahr: 5,96%) größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere mit einem Anteil von 5,51% (Vorjahr: 5,24%). Der Anteil an Lower- und Upper-Kostenausreißern steigt für die Krankenhausgruppe KHUniMax um 0,09 Prozentpunkte, der Fallanteil der Kostenausreißer für die Krankenhausgruppe KHAndere steigt um 0,27 Prozentpunkte.

Abbildung 29 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.

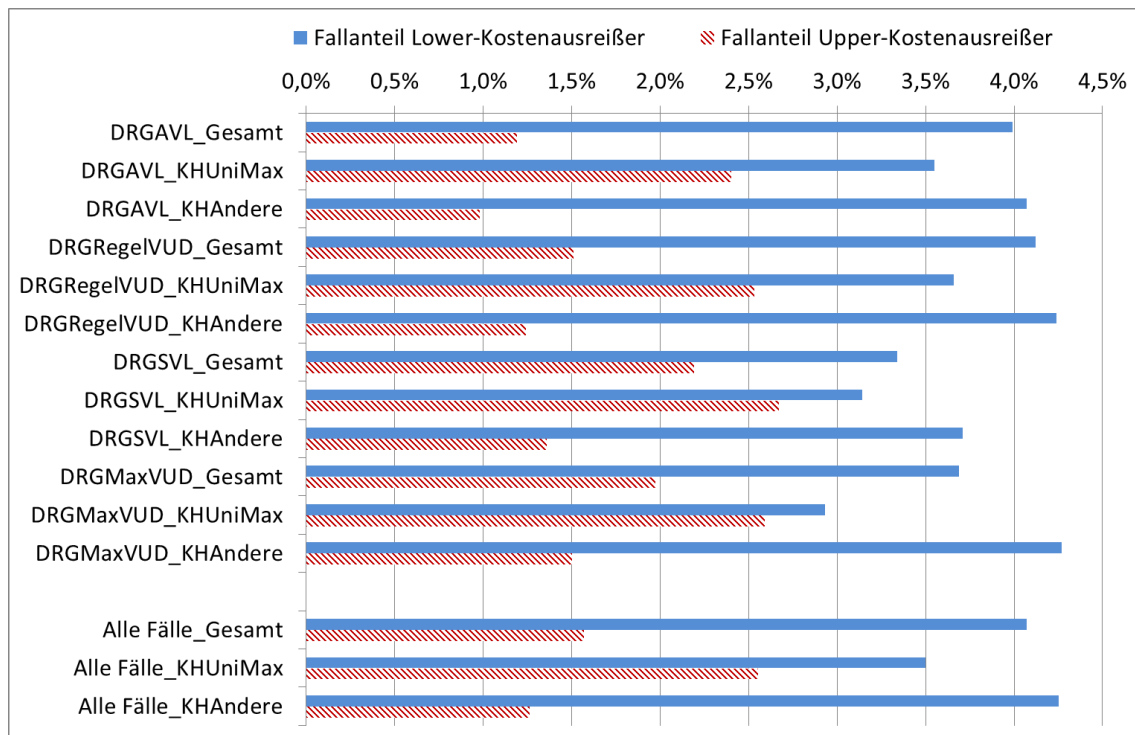


Abbildung 29: Fallanteile in den Analysegruppen, Datenjahr 2019

Eine Aufschlüsselung der Fallanteile für Lower- und Upper-Kostenausreißer in den jeweiligen Analysegruppen für die Datenjahre 2018 und 2019 im Vergleich zeigt Tabelle 9.

Fallanteile in %	Datenjahr 2019		Datenjahr 2018		Differenz (absolut)	
	Fallanteil Lower-Kostenausreißer	Fallanteil Upper-Kostenausreißer	Fallanteil Lower-Kostenausreißer	Fallanteil Upper-Kostenausreißer	Fallanteil Lower-Kostenausreißer	Fallanteil Upper-Kostenausreißer
Menge						
DRGAVL_Gesamt	3,99	1,19	3,99	1,15	0,00	0,04
DRGAVL_KHUniMax	3,55	2,40	3,67	2,14	-0,12	0,26
DRGAVL_KHAndere	4,07	0,98	4,04	0,98	0,03	0,00
DRGRegelVUD_Gesamt	4,12	1,51	3,90	1,48	0,22	0,03
DRGRegelVUD_KHUniMax	3,66	2,53	3,65	2,43	0,01	0,10
DRGRegelVUD_KHAndere	4,24	1,24	3,97	1,24	0,27	0,00
DRGSVL_Gesamt	3,34	2,19	3,67	2,15	-0,33	0,04
DRGSVL_KHUniMax	3,14	2,67	3,51	2,25	-0,37	0,42
DRGSVL_KHAndere	3,71	1,36	3,94	1,99	-0,23	-0,63
DRGMaxVUD_Gesamt	3,69	1,97	3,68	1,87	0,01	0,10
DRGMaxVUD_KHUniMax	2,93	2,59	3,22	2,35	-0,29	0,24
DRGMaxVUD_KHAndere	4,27	1,50	4,00	1,53	0,27	-0,03
Alle Fälle_Gesamt	4,07	1,57	3,88	1,53	0,19	0,04
Alle Fälle_KHUniMax	3,50	2,55	3,55	2,41	-0,05	0,14
Alle Fälle_KHAndere	4,25	1,26	3,97	1,27	0,28	-0,01

Tabelle 9: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den verschiedenen Krankenhaus- und Leistungsgruppen, Datenjahre 2018 und 2019

Der geringste Anteil an Lower-Kostenausreißern findet sich im Datenjahr 2019 wie im Vorjahr in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD für die Krankenhausgruppe KHUniMax (2,93%). Der höchste Anteil an Lower-Kostenausreißern zeigt sich im Datenjahr 2019 in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD für die Krankenhausgruppe KHAndere (4,27%). Der geringste Anteil an Upper-Kostenausreißern findet sich im Datenjahr 2019 wie im Vorjahr in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHAndere (0,98%). Der höchste Anteil an Upper-Kostenausreißern findet sich im Datenjahr 2019 in der Leistungsgruppe DRGSVL für die Krankenhausgruppe KHUniMax (2,67%).

Für alle Leistungsgruppen ist in allen Krankenhausgruppen der Anteil an Lower-Kostenausreißern größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. Der Anteil an Kostenausreißern insgesamt (Lower und Upper) ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere. Dies gilt für alle bislang untersuchten Datenjahre 2013 bis 2019. Seit dem Datenjahr 2013 zeigt sich ein stabiler Anteil an Kostenausreißern insgesamt (Lower und Upper) in einem Bereich von 5,1% im Datenjahr 2014 bis 5,64% im Datenjahr 2019. Der Anteil der Kostenausreißer liegt in einer für die untersuchten Verteilungsfunktionen zu erwartenden Größenordnung.

Die bisherigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax zeichnen sich durch den insgesamt größeren Anteil an Kostenausreißern (Lower und Upper) im Vergleich zur Krankenhausgruppe KHAndere aus.
2. Der Anteil an Upper-Kostenausreißern ist in der Krankenhausgruppe KHUniMax stets größer als in der Krankenhausgruppe KHAndere.
3. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist in der Krankenhausgruppe KHUniMax stets kleiner als in der Krankenhausgruppe KHAndere.
4. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist stets höher als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.

Beispielhaft zeigt Abbildung 30 die Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je DRG für die 40 DRGs der Leistungsgruppe DRGAVL (Sortierung absteigend nach dem Anteil an Upper-Kostenausreißern).

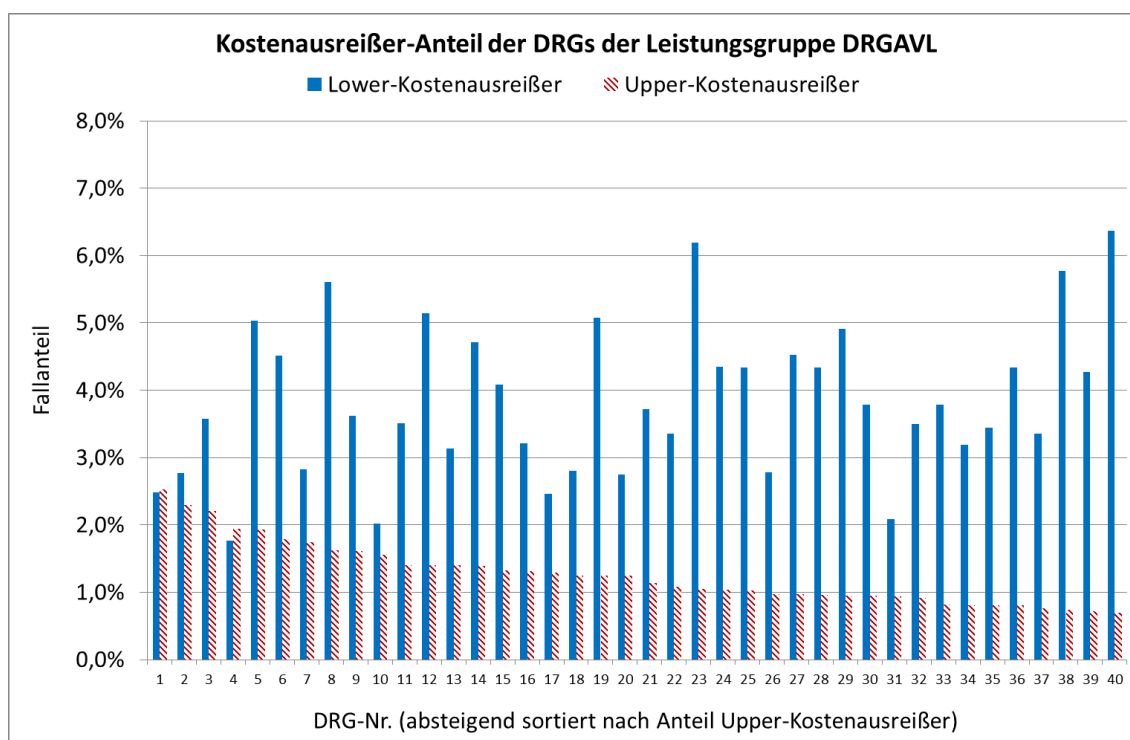


Abbildung 30: Fallanteile der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGAVL, Datenjahr 2019

Bei Betrachtung der Abbildung 30 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 ist z.B. für die DRG 1 in der obigen Abbildung der Anteil an Upper-Kostenausreißern etwas höher als der Anteil an Lower-Kostenausreißern, während z.B. bei der DRG 23 in der obigen Abbildung 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 Kapitel 2.1). Kostenausreißer nach oben sind auf Basis eines flacheren Kurvenverlaufs am oberen (rechten) Verteilungsrand ggf. in geringerer Anzahl zu finden. Dies zeigt sich in den bisherigen Ergebnissen der Extremkostenberichte: Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist in der Regel (deutlich) höher als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.

Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Die Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen differenziert nach den Krankenhausgruppen gibt Tabelle 10 wieder. Zur Erinnerung: Die Fallanteile in der Analysemenge insgesamt liegen bei 4,07% für die Lower-Kostenausreißer und bei 1,57% für die Upper-Kostenausreißer (vgl. Tabelle 8). Über alle Krankenhäuser hinweg betrachtet ist der Fallanteil für die Lower-Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGKunderOnko am höchsten (6,35%) und für die Leistungsgruppe DRGIntensiv (3,96%) am geringsten. Bei den Upper-Kostenausreißern findet sich der höchste Fallanteil in der Leistungsgruppe DRGKunderOnko (2,93%) und der geringste Fallanteil mit 1,34% in der Leistungsgruppe DRGOnko. Der im Vergleich zur Gesamtheit aller DRGs höhere Anteil an Lower-Kostenausreißern in den Leistungsgruppen DRGOnko und DRGKunderOnko

weist auf eine „schiefere“ Verteilung der bereinigten Kosten hin. Der etwas höhere Anteil an Kostenausreißern in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko ist mit Vorsicht zu interpretieren, da die Leistungsgruppe DRGKinderOnko (nur 16 betrachtete DRGs) die fallzahlschwächste Analysemenge darstellt und entsprechend wenige atypische Fälle bereits zu höheren Anteilen führen können.

Krankenhausgruppe	DRGIntensiv		DRGOnko		DRGKinderOnko	
	Lower-Kosten-ausreißer	Upper-Kosten-ausreißer	Lower-Kosten-ausreißer	Upper-Kosten-ausreißer	Lower-Kosten-ausreißer	Upper-Kosten-ausreißer
KHUniMax	2,56%	2,57%	4,95%	2,11%	5,56%	3,41%
KHAndere	4,76%	1,38%	6,48%	0,89%	8,72%	1,48%
Alle Krankenhäuser	3,96%	1,81%	5,92%	1,34%	6,35%	2,93%

Tabelle 10: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer für die gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppen, Datenjahr 2019

Die für die Analysemenge insgesamt in der obigen Zusammenfassung aufgezeigten Ergebnisse bestätigen sich weitgehend auch für die gesondert betrachteten Leistungsgruppen: Bei den Upper-Kostenausreißern zeigt die Krankenhausgruppe KHUniMax einen höheren Anteil als die Krankenhausgruppe KHAndere, bei den Lower-Kostenausreißern zeigt die Krankenhausgruppe KHUniMax einen kleineren Anteil als die Krankenhausgruppe KHAndere und der Anteil der Lower-Kostenausreißer ist höher als der Anteil der Upper-Kostenausreißer (dies gilt nur für die Leistungsgruppe DRGIntensiv in der Krankenhausgruppe KHAndere nicht). Im Unterschied zur Gesamtheit aller DRGs ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen der Anteil der Kostenausreißer insgesamt (Lower und Upper) stets kleiner als für die Krankenhausgruppe KHAndere.

Die Fallanteile für die Lower-Kostenausreißer sind in der Leistungsgruppe DRGIntensiv für die Krankenhausgruppe KHUniMax niedriger und in den übrigen Krankenhaus-Leistungsgruppen höher als in der Analysemenge insgesamt. Bei den Upper-Kostenausreißern ist der Fallanteil in der Leistungsgruppe DRGOnko für die beiden Krankenhausgruppen niedriger und in den übrigen Krankenhaus-Leistungsgruppen höher als in der Analysemenge insgesamt. Innerhalb der Leistungsgruppen ist folgende Regelmäßigkeit zu identifizieren: Der Anteil an Kostenausreißern insgesamt ist im Datenjahr 2019 für die Leistungsgruppen DRGOnko und DRGKinderOnko im Vergleich zum Vorjahr etwas höher (7,26% im Vergleich zu 6,71% bzw. 9,28% im Vergleich zu 8,51%).

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

Die Fragestellung, ob sich die Fallanteile für die Lower- und Upper-Kostenausreißer zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere signifikant unterscheiden, wird auf DRG-Ebene mit Hilfe des (Vierfeldertafel-) χ^2 -Tests untersucht. Dabei wird ein Sicherheitsniveau von 5% angenommen. Damit sollen die rein beschreibenden Ergebnisse der vorherigen Kapitel statistisch untermauert werden. Eine Erläuterung 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 11 (linker Block) zeigt, dass im Datenjahr 2019 innerhalb der untersuchten 1.225 DRGs der durchgeführte Test für 521 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere ausweist. Die 521 DRGs haben einen Anteil von 75,8% an allen analysierten Fällen. 422 dieser 521 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant kleineren Anteil an Lower-Kostenausreißern auf, 99 DRGs im Gegenzug dazu einen signifikant größeren Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 704 DRGs (Fallanteil 24,2%) kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Lower-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden. Der mittlere Block enthält zum Vergleich die Testergebnisse für das Datenjahr 2018, der rechte Block die jeweilige Differenz.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2019			Datenjahr 2018			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	1.225	100,0%	4,07%	1.242	100,0%	3,88%	-17	0,0%	0,19%
DRGs mit Lower-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	704	24,2%	3,86%	792	35,5%	4,04%	-88	-11,3%	-0,18%
DRGs mit Lower-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	521	75,8%	4,13%	450	64,5%	3,79%	71	11,3%	0,35%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	422	59,1%	4,06%	335	48,8%	3,69%	87	10,3%	0,37%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	99	16,7%	4,39%	115	15,7%	4,08%	-16	1,0%	0,31%

Tabelle 11: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern, Datenjahre 2018 und 2019

Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern in den Analysegruppen

Tabelle 12 zeigt im linken Block die Ergebnisse für das Datenjahr 2019 für die Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern. Innerhalb der untersuchten 1.225 DRGs weist der durchgeführte Test für 493 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Upper-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere aus. Die 493 DRGs haben einen Anteil von 77,1% an allen analysierten Fällen. 479 dieser 493 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant größeren Anteil an Upper-Kostenausreißern auf, 14 DRGs im Gegenzug dazu einen signifikant kleineren Anteil an Upper-Kostenausreißern. Für 732 DRGs (Fallanteil 22,9%) kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Upper-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2019			Datenjahr 2018			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	1.225	100,0%	1,57%	1.242	100,0%	1,53%	-17	0,0%	0,03%
DRGs mit Upper-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	732	22,9%	1,60%	779	25,5%	1,66%	-47	-2,6%	-0,06%
DRGs mit Upper-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	493	77,1%	1,56%	463	74,5%	1,49%	30	2,6%	0,07%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	14	1,8%	1,98%	41	7,2%	1,36%	-27	-5,4%	0,62%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	479	75,3%	1,55%	422	67,2%	1,50%	57	8,1%	0,05%

Tabelle 12: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern, Datenjahre 2018 und 2019

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 χ^2 -Testergebnisse für die Lower- und Upper-Kostenausreißer des Datenjahres 2019 bestätigen die Ergebnisse des χ^2 -Tests der Vorjahre. Dabei ist die Anzahl der signifikanten DRGs im Vergleich zu den Vorjahren angestiegen (größte bislang gemessene Anzahl signifikanter Unterschiede bei Lower- und 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 auf.
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 auf.
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

Wegen der Abhängigkeit des χ^2 -Tests von der Fallzahl in den untersuchten DRGs wird ergänzend zur Untersuchung der Lower- und Upper-Fallanteile in den Analysegruppen der sogenannte Vierfelderkorrelationskoeffizient (oder auch Vierfelderkoeffizient Φ)¹⁰ ermittelt. Dieser berücksichtigt die Anzahl der Beobachtungen 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 13 dargestellt.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2019		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.225	100,0%	4,07%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient bis unter 0,05	588	67,4%	3,94%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient von 0,05 bis unter 0,1	392	26,5%	4,04%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	324	20,4%	4,14%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	68	6,1%	3,71%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient größer als 0,1	245	6,1%	5,61%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	190	3,4%	5,13%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	55	2,7%	6,20%

Tabelle 13: Ergebnis der Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den Lower-Anteil, Datenjahr 2019

Innerhalb der untersuchten 1.225 DRGs zeigt der Vierfelderkoeffizient Φ für 588 DRGs mit einem Anteil von 67,4% an allen analysierten Fällen einen Wert kleiner als 0,05. Bei diesen DRGs kann davon ausgegangen werden, dass die Anteile an Lower-Kostenausreißern in den beiden Krankenhausgruppen nicht signifikant voneinander verschieden sind. Für

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

392 DRGs (Fallanteil 26,5%) liegt der Vierfelderkoeffizient Φ zwischen 0,05 und 0,1 und für 245 DRGs (Fallanteil 6,1%) ist Φ größer als 0,1. In diesen beiden Fällen kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen an Lower-Kostenausreißern nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie die 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 liegt 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. Den Zusammenhang zwischen dem Ergebnis des χ^2 -Tests und dem Vierfelderkoeffizienten zeigt Tabelle 14. 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	1.225	588	392	245
DRGs mit Lower-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	704	456	178	70
DRGs mit Lower-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	521	132	214	175
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	422	108	181	133
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	99	24	33	42

Tabelle 14: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern im Zusammenhang mit dem Vierfelderkoeffizienten, Datenjahr 2019

Ein signifikantes Ergebnis 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 521 DRGs, bei denen der χ^2 -Test einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Lower-Kostenausreißern identifiziert, weisen 132 DRGs einen Vierfelderkoeffizienten $\Phi < 0,05$ und 389 DRGs einen Wert $\Phi \geq 0,05$ auf. Für diese Werte des Vierfelderkoeffizienten kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen an Lower-Kostenausreißern nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie die Analyse mit dem χ^2 -Test.

Die Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den **Upper-Anteil** wird in Tabelle 15 dargestellt.

Innerhalb der untersuchten 1.225 DRGs ergibt sich für 621 DRGs mit einem Anteil von 53,6% an allen analysierten Fällen ein Vierfelderkoeffizient Φ mit einem Wert kleiner als 0,05. Für 404 DRGs (Fallanteil 40,8%) liegt der Vierfelderkoeffizient zwischen 0,05 und 0,1 und für 200 DRGs (Fallanteil 5,6%) ist Φ größer als 0,1. In den 604 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 551 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 2019		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.225	100,0%	1,57%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient bis unter 0,05	621	53,6%	1,47%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient von 0,05 bis unter 0,1	404	40,8%	1,48%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	43	0,7%	2,26%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	361	40,1%	1,46%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient größer als 0,1	200	5,6%	3,18%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	10	0,1%	4,07%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	190	5,5%	3,17%

Tabelle 15: Ergebnis der Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den Upper-Anteil, Datenjahr 2019

Den Zusammenhang zwischen dem Ergebnis des χ^2 -Tests und dem Vierfelderkoeffizienten zeigt Tabelle 16. Die zwei letzten Zeilen in der Tabelle sind jeweils „davon“-Angaben der drittletzten Zeile.

Ergebnis Chi ² -Analyse	Upper-Vierfelderkoeffizient			
	Gesamt	Anzahl DRGs		
		unter 0,05	0,05 bis u. 0,1	größer als 0,1
Analysierte DRGs gesamt	1.225	621	404	200
DRGs mit Upper-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	732	510	171	51
DRGs mit Upper-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	493	111	233	149
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	14	5	7	2
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	479	106	226	147

Tabelle 16: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern im Zusammenhang mit dem Vierfelderkoeffizienten, Datenjahr 2019

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 493 DRGs, bei denen der χ^2 -Test einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Upper-Kostenausreißern identifiziert, weisen 111 DRGs einen Vierfelderkoeffizienten $\Phi < 0,05$ und 382 DRGs einen Wert $\Phi \geq 0,05$ auf. Für diese Werte des Vierfelderkoeffizienten kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen an Upper-Kostenausreißern nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie die 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 Φ 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.

Im Folgenden wird für die einzelnen oben vorgestellten Analysegruppen die Kostendeckung der Kostenausreißer analysiert. Dabei ist zu beachten, dass bei den 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 2019. Die endgültige Analyse der Kostenausreißer basiert aber auf einer Eingruppierung der Behandlungsfälle in das aG-DRG-System 2021.
2. Als Erlöse stehen den Kosten die Einnahmen aus Zusatzentgelten und NUB-Entgelten aus dem Datenjahr 2019 gegenüber. Ausgenommen sind die bewerteten Zusatzentgelte, deren Entgeltbeträge Pflegepersonalkosten enthalten (siehe Ziffer 3).
3. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten konnte für die von den Krankenhäusern gelieferten Fallkosten nach den Vorgaben der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene durchgeführt werden. Bei den bewerteten Zusatzentgelten konnte die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten – zur Vermeidung systematischer Verzerrungen bei der Berechnung der Kostenüber- bzw. -unterdeckungen – ebenfalls berücksichtigt werden und die Zusatzentgeltbeträge des Jahres 2019 durch die aktualisierten Zusatzentgeltbeträge des Jahres 2021 ersetzt werden. Bei den unbewerteten Zusatzentgelten war dies nicht möglich, da nicht bekannt war, welcher Anteil des vereinbarten Entgeltbetrages auf Pflegepersonalkosten entfiel.
4. Zur Bewertung der DRGs wurden die effektiven Bewertungsrelationen mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert aus dem Jahr 2019 multipliziert. Die für die aG-DRG-Systeme 2020 und 2021 – nicht zuletzt auf Basis der Analyseergebnisse der vorherigen Extremkostenberichte – neu geschaffenen Zusatzentgelte und NUB-Entgelte gehen nicht in die Analyse ein, da hierfür keine Abrechnungsinformationen in der Datengrundlage enthalten sind.
5. Krankenhäuser in der Trägerschaft der Unfallversicherungen (BG-Kliniken) wurden für das Datenjahr 2019 erneut 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.
6. Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems erfolgen abstrahierend vom Einzelfall hinsichtlich der Kongruenz zwischen Kosten- und Leistungsdaten zum Zweck der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems und der Entwicklung eines Pflegeerlös-Katalogs für pauschalierte Abschlagszahlungen auf das Pflegeerlösbudget. Die Grenzziehung für die Plausibilität der fallbezogen zugeordneten Pflegepersonalkosten ist unter dem Blickwinkel der Refinanzierung der dem Krankenhaus entstehenden IST-Pflegepersonalkosten zu sehen, d.h. im Vergleich zu den Vorjahren konnten mehr Fälle mit ursprünglich auffälligen Pflegepersonalkosten als plausibel erklärt werden und somit insgesamt mehr plausible Fälle für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems verwendet werden

(Details entnehmen Sie bitte dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2021, Kapitel 3.2.3 und 3.3.1.1)

7. 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.
8. Nur ein Teil der Fälle mit identifiziertem Kalkulationsfehler wurde 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 mit Kalkulationsfehlern enthalten sind, die eigentlich zu löschen gewesen wären. Die Auswirkung dieser Fälle ist unbekannt.
9. 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).
10. 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.
11. Die Konzentration auf die Güte der Qualität der Kalkulationsdatensätze ist bei den Krankenhäusern mit einem Schwerpunkt in der Leistungserbringung im PSY-Entgeltbereich typischerweise 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 für das Datenjahr 2019, so

wie sie von den Kalkulationskrankenhäusern am letzten Tag der Korrekturlieferungen im Mai 2020 geliefert wurden (Ausnahme siehe Ziffer 3 der obigen Aufzählung). Die effektiven Relativgewichte und die damit korrespondierenden Erlösbeträge für das aG-DRG-System 2021 werden durch eine entsprechende Gruppierung der Fälle der Analysemenge und Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert des Krankenhauses für 2019 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 (Details siehe Kapitel 2.1.1), sowie die Fälle, die im Ergebnisdiallog mit den Kalkulationskrankenhäusern als sicher falsch kalkulierte Kostenausreißer identifiziert wurden (vgl. u.a. Kapitel 3.2). Die analysierte Fallmenge enthält damit auch Fälle, die bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wegen unplausibler Werte in der Leistungs- und/oder Kostendokumentation keine Verwendung fanden (siehe auch Kapitel 2.2).

Betrachtet wurde, inwieweit sich die Kostenunter- bzw. -überdeckungen bei den Lower- und Upper-Kostenausreißern gegenseitig ausgleichen. An dieser Stelle sei nochmals daran erinnert, dass in jedem aG-DRG-System auf Basis der ausgewählten Verteilungsfunktionen rund 5–6% aller Fälle der Analysemenge Kostenausreißer sind – unabhängig von den Weiterentwicklungsarbeiten des InEK und unabhängig von der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Die folgenden Tabellen zeigen die Analyseergebnisse für Kostenausreißer im aG-DRG-System 2021 (Datenjahr 2019).

In Tabelle 17 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 11,1 für das Datenjahr 2018 in Tabelle 17 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 2019			Datenjahr 2018		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	2,1	-4,7	DRGRegelVUD	11,1	-73,8
DRGMaxVUD	12,7	-6,7	DRGMaxVUD	148,0	-50,5

Tabelle 17: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Tabelle 17 ist zu entnehmen, dass sich die Kostenunterdeckungen und die Kostenüberdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Leistungs- und Krankenhausgruppen nicht ausgleichen. Für die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHAndere übersteigen – wie bereits in den Vorjahren – die Kostenüberdeckungen die Kostenunterdeckungen in beiden Leistungsgruppen (positiver Indexwert). Das Verhältnis der Kostenüberdeckung der Leistungsgruppe DRGMaxVUD zur Leistungsgruppe DRGRegelVUD ist für die

Krankenhausgruppe KHAndere vom Datenjahr 2018 zum Datenjahr 2019 gesunken. Für die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt sich im Datenjahr 2019 – wie im Vorjahr – eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der Kostenausreißer je Fall (negativer Indexwert). Das Verhältnis der Kostenunterdeckung der Leistungsgruppe DRGMaxVUD zur Leistungsgruppe DRGRegelVUD ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax im Datenjahr 2019 im Vergleich zum Datenjahr 2018 leicht gestiegen. Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da die Indexwerte verschiedenen Datenjahren mit unterschiedlicher Datenzusammensetzung und unterschiedlichem Basiswert entstammen.

Datenjahr 2019			Datenjahr 2018		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	1,7	-3,8	DRGAVL	10,1	-59,6
DRGSVL	12,9	-2,4	DRGSVL	117,9	28,7

Tabelle 18: Belastungsindex Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Die Kostenunter- und -überdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer gleichen sich in beiden Datenjahren 2018 und 2019 auch in den spezifischeren Leistungsgruppen nicht aus (vgl. Tabelle 18). Für die Krankenhausgruppe KHAndere zeigt sich für beide Datenjahre für die Leistungsgruppe DRGSVL eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall (positiver Indexwert). Das Verhältnis der durchschnittlichen Kostenüberdeckung der Kostenausreißer je Fall der Leistungsgruppe DRGSVL zur Leistungsgruppe DRGAVL für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere sinkt im Datenjahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax liegt anders als im Vorjahr für beide Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall vor (negativer Indexwert).

Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da die Indexwerte verschiedenen Datenjahren mit unterschiedlicher Datenzusammensetzung und unterschiedlichem Basiswert entstammen. Bei Betrachtung von Tabelle 17 und Tabelle 18 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. Kapitel 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 2019 festhalten:

1. In der Krankenhausgruppe KHUniMax zeigen die Kostenausreißer in allen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall.
2. In der Krankenhausgruppe KHAndere zeigen die Kostenausreißer in allen vier betrachteten Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall.

Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen

Im Folgenden werden die oben indizierten Ergebnisse 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 der 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 19 und Tabelle 20 ist jeweils in Bezug zum Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostenbelastung der Kostenausreißer der entsprechenden Verweildauergruppe berechnet. Im Datenjahr 2018 wird beispielsweise der Wert 0,7 für die Leistungsgruppe DRGAVL der Krankenhausgruppe KHAndere in der Verweildauergruppe Inlier berechnet als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer für die Inlier in der Leistungsgruppe DRGAVL in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer von Inliern je Fall. Das Vorzeichen des Indexwerts zeigt 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. Da wegen der zu geringen Fallzahl von Kostenausreißern bei Kurzliegern in der Leistungsgruppe DRGAVL keine sinnvolle Interpretation der berechneten Indexwerte möglich ist, werden dafür keine Indexwerte in Tabelle 19 ausgewiesen.

Datenjahr 2019

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	*	*	DRGAVL	0,9	-0,3	DRGAVL	-0,3	-1,6
DRGSVL	0,6	1,4	DRGSVL	2,8	0,3	DRGSVL	2,9	-1,7

Datenjahr 2018

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	*	*	DRGAVL	0,7	-0,1	DRGAVL	-0,4	-1,2
DRGSVL	0,8	-0,8	DRGSVL	2,1	1,0	DRGSVL	0,5	-0,2

Tabelle 19: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhaus- und Verweildauergruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Im Ergebnis zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr lediglich ein qualitativer Unterschied bei Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen: In der Leistungsgruppe DRGSVL ist für die Verweildauergruppe der Kurzlieger im Datenjahr 2019 in der Krankenhausgruppe KHUniMax nun eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer (positiver Indexwert) festzustellen.

Werden die weniger spezifischen Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD betrachtet, weisen die Kurzlieger für alle Leistungs- und Krankenhausgruppen wie im Vorjahr eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall auf (vgl. Tabelle 20). Bei den Inliern ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax in beiden Leistungsgruppen ein Wechsel von einer durchschnittlichen Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer (positiver

Indexwert) im Datenjahr 2018 zu einer durchschnittlichen Kostenunterdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer (negativer Indexwert) im Datenjahr 2019 festzustellen.

Datenjahr 2019

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	0,9	0,6	DRGRegelVUD	1,3	-0,2	DRGRegelVUD	-0,8	-2,5
DRGMaxVUD	1,5	1,1	DRGMaxVUD	2,8	-0,5	DRGMaxVUD	2,6	-2,6

Datenjahr 2018

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	0,9	0,9	DRGRegelVUD	1,1	0,1	DRGRegelVUD	-0,9	-1,6
DRGMaxVUD	1,5	0,9	DRGMaxVUD	2,9	0,6	DRGMaxVUD	0,4	-1,3

Tabelle 20: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhaus- und Verweildauergruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Im Ergebnis sind im Vergleich zum Vorjahr für die Kurz- und Langlieger keine qualitativen Unterschiede bei Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen für die weniger spezifischen Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD erkennbar; für die Inlier wechselt in der Krankenhausgruppe KHUniMax die durchschnittliche Kostenüberdeckung im Datenjahr 2018 in eine durchschnittliche Kostenunterdeckung im Datenjahr 2019.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

1. Die Kostenausreißer von Kurzliegern sind typischerweise durch eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall gekennzeichnet. Die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer von Kurzliegern je Fall ist dabei in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD für die Krankenhausgruppe KHAndere ausgeprägter als für die Krankenhausgruppe KHUniMax.
2. Die Kostenausreißer von Inliern sind für die Krankenhausgruppe KHAndere durch eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall gekennzeichnet. In der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen die Kostenausreißer der Inlier mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall auf.
3. Atypische Fälle von Langliegern weisen in der Regel eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall auf. Ausgenommen von dieser Regel sind die Kostenausreißer der Langlieger in den Leistungsgruppen der spezifischen Versorgung (DRGSVL und DRGMaxVUD) für die Krankenhausgruppe KHAndere; diese weisen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall auf.
4. Die Kostenbelastung durch atypische Fälle bei Langliegern ist für Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax etwas deutlicher ausgeprägt als für Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere.

Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen

In Tabelle 21 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 durchschnittli-

chen 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 Indexwerts zeigt damit an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt. Die Ziffer 78,3 im Datenjahr 2018 für die Leistungsgruppe DRGKinderOnko in der Krankenhausgruppe KHAndere in Tabelle 21 ergibt sich beispielsweise als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer der Fälle in den die Leistungsgruppe DRGKinderOnko definierenden DRGs in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer in der Analysemenge je Fall.

Datenjahr 2019			Datenjahr 2018		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGIntensiv	69,1	-4,3	DRGIntensiv	815,5	-39,5
DRGOnko	6,9	-2,6	DRGOnko	74,0	-22,0
DRGKinderOnko	9,5	2,1	DRGKinderOnko	78,3	-28,0

Tabelle 21: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Wie bereits im Vorjahr weisen in den Leistungsgruppen DRGIntensiv und DRGOnko die Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall auf. Eine deutliche Änderung ist in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko zu verzeichnen: Hier ist in der Krankenhausgruppe KHUniMax im Datenjahr 2019 eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall festzustellen. Damit zeigen die atypischen Fälle der Leistungsgruppe DRGKinderOnko nun in beiden Krankenhausgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall – die Behandlungsfälle in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko zeigen sich damit in der Kostendeckung insgesamt noch einmal deutlich verbessert. In der Krankenhausgruppe KHAndere weisen die atypischen Fälle in allen drei Leistungsgruppen (wie im Vorjahr) eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall auf.

Im Datenjahr 2019 zeigt sich für die drei gesondert betrachteten Leistungsgruppen in der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall, während in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall nur für die Leistungsgruppe DRGKinderOnko vorliegt. Qualitativ zeigen sich damit fünf von sechs Konstellationen unverändert zum Vorjahr.

Kostenausreißer bei Kindern

In diesem Abschnitt werden die Analyseergebnisse für die gesonderte Betrachtung von atypischen Fällen im Kindesalter vorgestellt. In die gesonderte Betrachtung fließen alle **Fälle mit einem Alter < 16 Jahre** ein. Der Fallanteil der Kinder an der Analysemenge beträgt rund 10% (Vorjahr: 11%).

Die Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer bei Kindern an allen analysierten Kindern betragen 4,80% für Lower-Kostenausreißer (Vorjahr: 5,87%) und 1,49% für Upper-Kostenausreißer (Vorjahr: 1,26%). Der Anteil an Lower-Kostenausreißern bei Kindern ist damit geringer und der Anteil an Upper-Kostenausreißern bei Kindern größer als im Vorjahr. Dabei zeigen sich Verschiebungen zwischen den Krankenhausgruppen. Der Anteil der atypi-

schen Fälle bei Kindern in der Krankenhausgruppe KHUniMax steigt an, während der Anteil der Kostenausreißer für Fälle im Kindesalter in der Krankenhausgruppe KHAndere sinkt. Insgesamt liegt der Anteil atypischer Fälle mit 6,29% im Datenjahr 2019 unter dem Wert des Datenjahres 2018 (7,13%). Die Differenzierung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern nach Krankenhausgruppen für die Datenjahre 2018 und 2019 zeigt Tabelle 22. Im Vergleich zu den Fallanteilen der Kostenausreißer für alle Fälle im Datenjahr 2019 (5,64%, vgl. Kapitel 3.4.4.1) weisen die atypischen Fälle der Kinder mit 6,29% einen höheren Anteil an Kostenausreißern auf. Bereits im Datenjahr 2018 war der Anteil der Kostenausreißer bei Kindern höher als der Anteil der Kostenausreißer aller Fälle.

Datenjahr 2019			Datenjahr 2018		
Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer	Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	4,81%	2,07%	KHUniMax	4,67%	1,80%
KHAndere	4,80%	1,22%	KHAndere	6,37%	1,03%
Alle Krankenhäuser	4,80%	1,49%	Alle Krankenhäuser	5,87%	1,26%

Tabelle 22: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer bei Kindern, Datenjahre 2018 und 2019

Der Rückgang des Anteils an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHAndere ist im Wesentlichen auf die DRG P67E *Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g, [...]* zurückzuführen. Bei diesen Kostenausreißern stellt sich grundsätzlich die Frage, inwieweit diese als Kostenausreißer identifizierten Fälle tatsächlich atypisch im Sinne des Extremkostenberichts sind (vgl. Kapitel 2.1.1). Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Vergleichbarkeit zwischen den Datenjahren bei isolierter Betrachtung der Kinder in den gesonderten Leistungsgruppen eingeschränkt ist; die Zusammensetzung der Krankenhausgruppen wirkt sich aufgrund der geringeren Fallzahl in der Analysemenge der Kinder deutlicher aus als in der Analysemenge aller Fälle.

Abbildung 31 zeigt analog zu Abbildung 27 in Kapitel 3.4.2.2 die Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Kinder in der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Kinder in der Analysemenge in einer Übersicht. Die linke Säule zeigt dabei die Fallanteile der jeweiligen Leistungsgruppe in Bezug auf die Menge aller Kinder, die rechte Säule den Anteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Kinder.

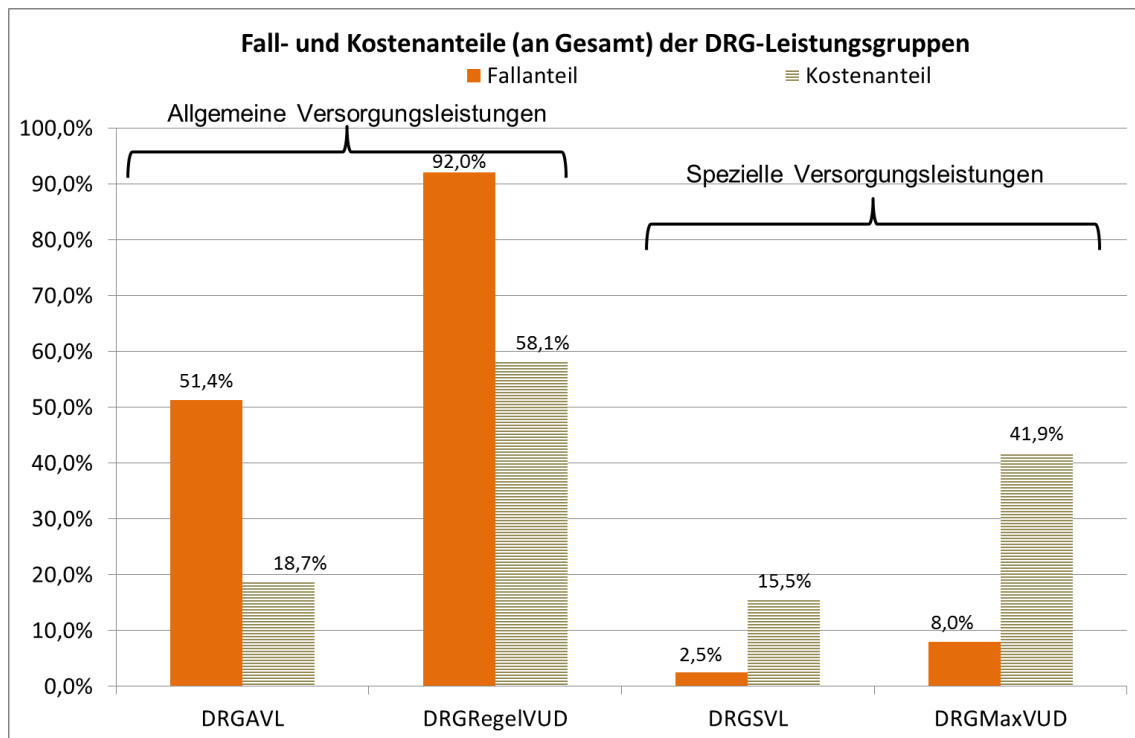


Abbildung 31: Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Kinder in der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Kinder in der Analysemenge, Datenjahr 2019

Im Vergleich zur Verteilung aller Fälle (vgl. Kapitel 3.4.2.2) sind die Fallanteile der Kinder in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD höher als die Fallanteile aller Fälle, während umgekehrt in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD die Fallanteile der Kinder niedriger sind als die Fallanteile aller Fälle. Während sich die Kostenanteile der Kinder zwischen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD im Verhältnis 58:42 aufteilen, liegt das Verhältnis für alle Fälle bei 70:30, d.h. die Leistungserbringung in den spezialisierten Leistungsgruppen geht (analog zur Analyse aller Fälle) mit überdurchschnittlichen Kosten und die Leistungserbringung in den allgemeinen Leistungsgruppen mit unterdurchschnittlichen Kosten einher. Das Kostenverhältnis ist bei Betrachtung der Kinder allerdings deutlicher ausgeprägt als bei Betrachtung aller Fälle.

Analog zur Darstellung in Kapitel 3.4.3 ist in Abbildung 32 die Aufteilung der Kinder innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe auf die Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere (jeweils Anteil an allen Kindern der Leistungsgruppe) für das Datenjahr 2019 dargestellt. Im Vergleich mit der Aufteilung aller Fälle innerhalb der Leistungsgruppen zeigt sich jeweils ein höherer Anteil an Kindern in der Krankenhausgruppe KHUniMax.

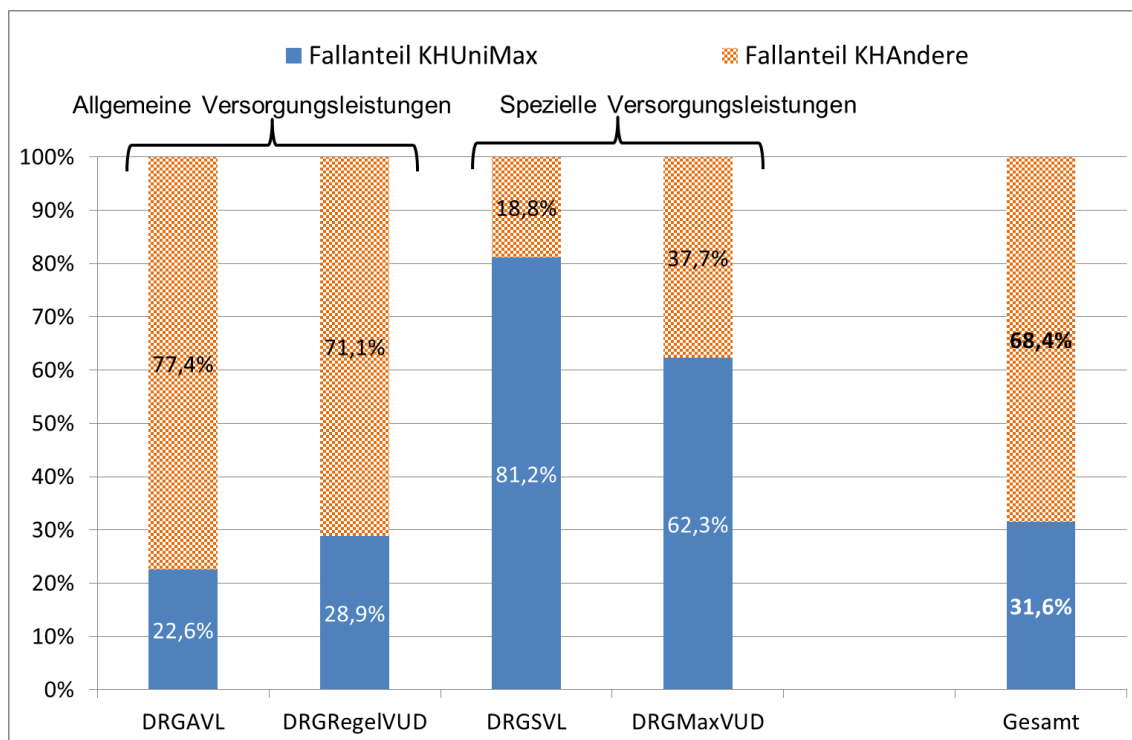


Abbildung 32: Fallanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen für Kinder, Datenjahr 2019

In Tabelle 23 und Tabelle 24 wird für die Kostenausreißer indiziert betrachtet, wie sich für die Kinder die durchschnittlichen Kostenunter- bzw. -überdeckungen je Fall aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern insgesamt gegenüber der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer aller Kinder 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 Kinder 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 gesamten Kinder-Analysemenge je Fall dividiert. Das Vorzeichen des Indexwerts zeigt an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt. Ein direkter Vergleich der Belastungsindizes in den folgenden Tabellen mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da die Indexwerte verschiedenen Datenjahren mit unterschiedlicher Datenzusammensetzung und unterschiedlichem Basiswert entstammen.

Datenjahr 2019			Datenjahr 2018		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	3,1	-6,8	DRGRegelVUD	1,6	-1,5
DRGMaxVUD	24,9	8,0	DRGMaxVUD	4,8	1,3

Tabelle 23: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten für Kinder in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Tabelle 23 zeigt, dass sich die Kostenunterdeckungen und die Kostenüberdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Leistungs- und Krankenhausgruppen nicht ausgleichen. Im Vergleich zum Datenjahr 2018 ergeben sich keine qualitativen Veränderungen.

gen: Damit zeigen im Datenjahr 2019 weiterhin drei Konstellationen einen positiven Indexwert (durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle der Kinder). Eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der atypischen Fälle ergibt sich ausschließlich in der Krankenhausgruppe KHUniMax für die allgemeinen Leistungen (Leistungsgruppe DRGRegelVUD).

Werden für Kinder die spezifischer definierten Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL betrachtet (vgl. Tabelle 24), zeigen im Vergleich zum Vorjahr alle vier analysierten Konstellationen ein qualitativ unverändertes Ergebnis. Die Kostenunter- und -überdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer gleichen sich in beiden Datenjahren ebenfalls nicht aus. Unabhängig von der Leistungsgruppe zeigt sich eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle in der Krankenhausgruppe KHAndere, während in der Krankenhausgruppe KHUniMax nur noch für die Leistungsgruppe DRGAVL eine durchschnittliche Kostenunterdeckung vorliegt. Die atypischen Fälle der für die Maximalversorgung typischen Leistungen (DRGMaxVUD und DRGSVL) zeigen in der Krankenhausgruppe KHUniMax unverändert zum Vorjahr eine durchschnittliche Kostenüberdeckung.

Datenjahr 2019			Datenjahr 2018		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	3,3	-3,9	DRGAVL	1,9	-0,5
DRGSVL	109,5	32,7	DRGSVL	8,4	4,7

Tabelle 24: Belastungsindex Kostenausreißer für die bereinigten Kosten für Kinder in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Im Folgenden werden für Kinder die gesondert betrachteten Leistungsgruppen indiziert analysiert (vgl. Tabelle 25). Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils der Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Kinder 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 Kinder je Fall dividiert.

Für die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigen die atypischen Fälle der Kinder qualitativ dem Vorjahr entsprechend in zwei der drei gesondert betrachteten Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (DRGIntensiv und DRGKinderOnko). Für die Krankenhausgruppe KHAndere zeigen die Kostenausreißer der Kinder in der Leistungsgruppe DRGIntensiv weiterhin eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Indexwert), während für die Leistungsgruppen DRGOnko und DRGKinderOnko eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Indexwert) im Vorjahr in eine durchschnittliche Kostenüberdeckung umgewandelt wurde (positiver Indexwert). Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da die Indexwerte verschiedenen Datenjahren mit unterschiedlicher Datenzusammensetzung und unterschiedlichem Basiswert entstammen. Die Vergleichbarkeit zwischen den Datenjahren ist bei der isolierten Betrachtung der Kinder in den gesonderten Leistungsgruppen eingeschränkt, da sich die Auswirkungen in der Zusammensetzung der Krankenhausgruppen aufgrund der geringeren Fallzahl in der Analysemenge der Kinder deutlicher niederschlagen als in der Analysemenge aller Fälle.

Datenjahr 2019			Datenjahr 2018		
Leistungsgruppe, Kinder	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe, Kinder	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGIntensiv	240,3	24,6	DRGIntensiv	77,0	21,8
DRGOnko	10,4	-6,9	DRGOnko	-2,3	-2,8
DRGKinderOnko	53,2	23,8	DRGKinderOnko	-2,4	3,5

Tabelle 25: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten für Kinder in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2018 und 2019

Die atypischen Fälle der Kinder weisen erneut in Summe eine Kostenüberdeckung aus. Die Kostenausreißer der speziellen Versorgungsleistungen (DRGMaxVUD und DRGsvL) zeigen in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenüberdeckung. Die Kostenüberdeckung der Kostenausreißer bei Kindern beläuft sich im Datenjahr 2019 auf rund 1,2 Mio. € – nach einer Kostenüberdeckung von rund 5,0 Mio. € im Vorjahr. Damit setzt sich der seit Jahren bestehende Trend zu einer stetigen Verbesserung der Vergütung für die Behandlung von Kindern fort. Unverändert zu den Vorjahren profitieren die DRG-Vergütungen für Fälle im Kindesalter von der Sachkostenkorrektur in besonderem Maße.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Die Lower- und Upper-Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHAndere weisen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall auf (positiver Indexwert). In der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen die atypischen Fälle eine durchschnittliche Kostenunterdeckung aus (negativer Indexwert).
2. 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.
3. Die Kostenausreißer der Kurzlieger weisen typischerweise eine durchschnittliche Kostenüberdeckung und die atypischen Fälle der Langlieger eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall auf. Ausnahme: Die Kostenausreißer der Langlieger in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgung (DRGsvL und DRGMaxVUD) zeigen für die Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Indexwert). Die Inlier zeigen für die Krankenhausgruppe KHAndere in allen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Indexwert). In der Krankenhausgruppe KHUniMax zeigen die Inlier – mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGsvL – eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Indexwert).
4. Die untersuchten Leistungsgruppen DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko zeigen für die Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle. Während in der Krankenhausgruppe KHUniMax die Leistungsgruppe DRGKinderOnko eine durchschnittliche Kostenüberdeckung aufweist, zeigen die beiden übrigen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung. In der Krankenhausgruppe KHUniMax geht damit in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko die im Vorjahr beobachtete Kostenunterdeckung in eine Kostenüberdeckung über.
5. Bei der gesonderten Betrachtung von Kindern hinsichtlich der Fallanteile zeigt sich ein qualitativ vergleichbares Bild im Vergleich zu den Analyseergebnissen aller Fälle. Hinsichtlich der Belastungsindizes nach Krankenhaus- und Leistungsgruppen zeigen sich Unterschiede lediglich für die Krankenhausgruppe KHUniMax in den Leistungs-

gruppen DRGMaxVUD und DRGSVL – hier zeigen die atypischen Fälle der Kinder eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (bei der Analysemenge aller Fälle zeigt sich hingegen für die Krankenhausgruppe KHUniMax durchgehend eine durchschnittliche Kostenunterdeckung). In den gesondert betrachteten Leistungsgruppen zeigen sich für die Krankenhausgruppe KHAndere qualitativ identische Ergebnisse und für die Krankenhausgruppe KHUniMax eine Abweichung in der Leistungsgruppe DRGIntensiv (positiver Indexwert für die atypischen Fälle der Kinder und negativer Indexwert für die Kostenausreißer der Analysemenge aller Fälle).

6. Durch eine weiterhin verbesserte Abbildung der Behandlung von Kindern im aG-DRG-System 2021 konnte erneut eine Kostenüberdeckung der atypischen Fälle von Kindern im Datenjahr 2019 von rund 1,2 Mio. € erzielt werden. Damit setzt sich der vom InEK seit Jahren beschrittene Pfad zur stetigen Verbesserung der Vergütung für die Behandlung von Kindern fort.

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 33 schematisch dargestellt.

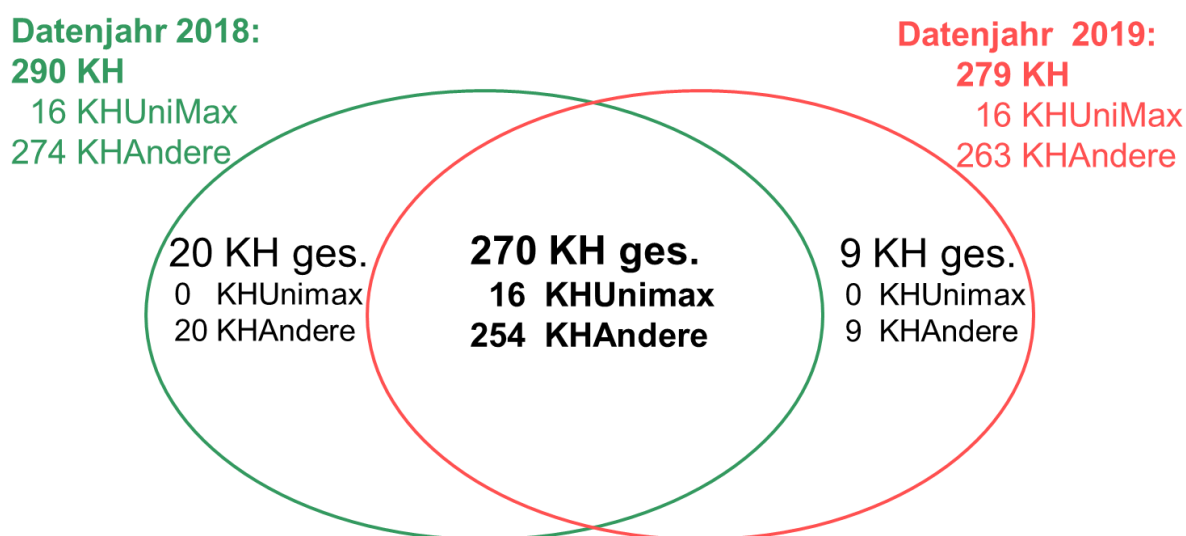


Abbildung 33: Intertemporaler Vergleich auf Krankenhausebene, Datenjahre 2018 und 2019

Dazu werden im Folgenden ausschließlich die Krankenhäuser betrachtet, die in den beiden Datenjahren 2018 und 2019 in der Analysemenge enthalten waren. In der Krankenhausgruppe KHUniMax waren 16 Häuser und in der Krankenhausgruppe KHAndere 254 Häuser in beiden Datenjahren in der Analysemenge enthalten. Insgesamt sind damit 270 von 279 Krankenhäusern (97%) in beiden Datenjahren vertreten. Auf diese 270 Häuser entfallen 97% der Fälle in der Analysemenge des Datenjahres 2019.

Betrachtet wird die Kostendeckung der Kostenausreißer des Datenjahres 2018 (gruppiert nach aG-DRG 2018/2020) einerseits und des Datenjahres 2019 (gruppiert nach aG-DRG 2019/2021) andererseits. Dadurch werden 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 aG-DRG-Systems ist ebenfalls nicht möglich. Der intertemporale Vergleich in diesem Extremkostenbericht basiert damit erstmals in den beiden Datenjahren 2018 und 2019 auf einem Fallpauschalen-Katalog nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten.

Die Kostendeckung der beiden Datenjahre 2018 und 2019 und deren Differenz wird in Tabelle 26 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 2018 oder im Datenjahr 2019 in der Analysemenge vertreten waren.

KH im Datenjahr 2018 und 2019		Deckung in Mio. Euro		
Krankenhausgruppe	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2018	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2019	Differenz
KHUniMax	16	-51,3	-66,6	-15,2
KHAndere	254	45,5	114,8	69,4
Gesamt	270	-5,9	48,3	54,2

KH nur im Datenjahr 2018		Deckung in Mio. Euro		
	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2018	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2019	Differenz
Gesamt	20	8,8		

KH nur im Datenjahr 2019		Deckung in Mio. Euro		
	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2018	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2019	Differenz
Gesamt	9		2,5	

Tabelle 26: Deckung der Kostenausreißer nach Krankenhausgruppe im intertemporalen Vergleich, Datenjahre 2018 und 2019

Die Kostendeckung der Kostenausreißer der 270 in beiden Datenjahren in der Analysemenge vertretenen Häuser geht im intertemporalen Vergleich von einer Kostenunterdeckung von 5,9 Mio. € in eine Kostenüberdeckung von 48,3 Mio. € über. Der Zunahme der Kostenunterdeckung der Kostenausreißer der 16 Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax wird von einem Anstieg der Kostenüberdeckung der Kostenausreißer der 254 Häuser in der Krankenhausgruppe KHAndere begleitet.

Die 20 im intertemporalen Vergleich nur im Datenjahr 2018 vertretenen Häuser weisen eine Kostenüberdeckung der atypischen Fälle von 8,8 Mio. € auf. Die nur im Datenjahr 2019 vertretenen neun Häuser zeigen eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer von 2,5 Mio. €.

Aus der Aggregation der Daten aus Tabelle 26 wird deutlich, dass die Kostenüberdeckung der Kostenausreißer im Datenjahr 2018 (2,9 Mio. €) von der Kostenüberdeckung im Datenjahr 2019 (50,8 Mio. €) übertroffen wird. Qualitativ zeigt sich in beiden Datenjahren für die Krankenhausgruppe KHUniMax eine Kostenunterdeckung der atypischen Fälle und für die Krankenhausgruppe KHAndere eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer. Von den 16 Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax stehen im Vergleich zwischen den Datenjahren zehn Häuser schlechter und sechs Krankenhäuser besser da (vgl. Abbildung 34).

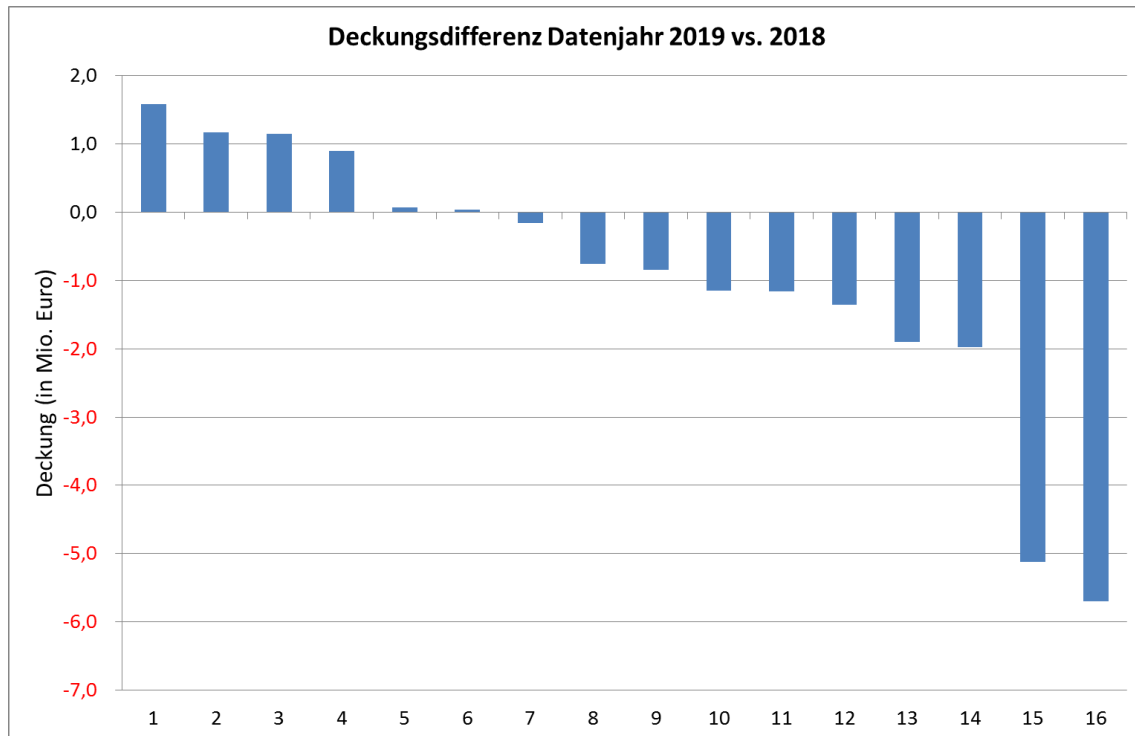


Abbildung 34: Differenz der Deckung (Mio. €) der Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHUniMax im Vergleich der Datenjahre 2018 und 2019

In der Krankenhausgruppe KHAndere zeigen im intertemporalen Vergleich 97 Häuser eine Verschlechterung und 157 Häuser eine Verbesserung der Kostenbelastung durch Kostenausreißer.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

- Nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten steigt die Kostenüberdeckung von 2,9 Mio. € im Datenjahr 2018 (gruppiert nach dem aG-DRG-System 2020) auf eine Kostenüberdeckung der atypischen Fälle von 50,8 Mio. € (Datenjahr 2019 gruppiert nach aG-DRG-System 2021).
- Die Kostenausreißer zeigen insgesamt eine durchschnittliche Kostenüberdeckung von rund 232 € je Fall. Dabei weisen die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen unverändert eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall und die atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall auf; d.h. die Kostenüberdeckung der Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen kompensiert die Kostenunterdeckung der atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen über.
- Während die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine Kostenunterdeckung der atypischen Fälle aufweisen, zeigen die Häuser in der Krankenhausgruppe KHAndere eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer.
- Dieser Extremkostenbericht vergleicht zwar erstmals zwei Datenjahre nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten miteinander. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass in den beiden Datenjahren 2018 und 2019 die Regelungen zum Pflegeerlösbudget noch nicht (vollständig) umgesetzt wurden; diese galten erst ab dem 1. Januar 2020. Der Vergleich mit den Ergebnissen der Vorjahre ist insgesamt nur stark ein-

geschränkt möglich, da in den Vorjahren keine Ausgliederung der Pflegepersonalkosten durchgeführt wurde.

3.4.6 Belastung durch Kostenausreißerfälle

In Kenntnis der Tatsache, dass die Kostendeckung nicht vollständig korrekt berechnet werden kann (vgl. Kapitel 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 3.4.4.3 vorgestellt. Eine anonymisierte krankenhausbefugte Darstellung zeigt Abbildung 35, in der die durchschnittliche Kostenbelastung durch Kostenausreißer (Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) je Fall zu den durchschnittlichen Fallkosten des jeweiligen Krankenhauses in Beziehung gesetzt wird. 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 35 Krankenhäuser an, die mit einer unterdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer ausgezeichnet sind, Säulen unterhalb der Nulllinie entsprechend Krankenhäuser mit einer überdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer. Im Einzelfall kann eine unterdurchschnittliche Belastung sogar insgesamt eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer darstellen.

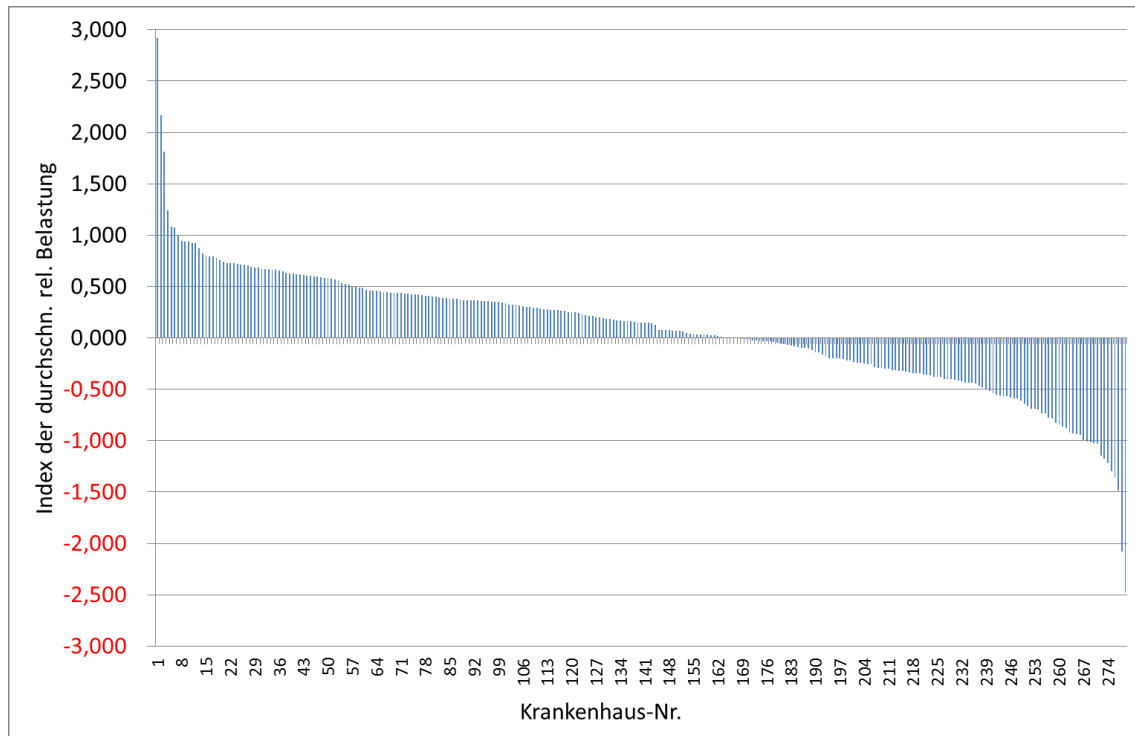


Abbildung 35: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in den analysierten Krankenhäusern, Datenjahr 2019

Abbildung 35 zeigt, 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: 168 Krankenhäuser weisen eine unterdurchschnittliche Belastung je Fall durch Kostenausreißer auf, während 111 Krankenhäuser eine überdurchschnittliche Belastung je Fall durch Kostenausreißer zeigen. Damit ergibt sich im Datenjahr 2019 qualitativ das gleiche Bild wie in den Vorjahren.

Abbildung 36 zeigt den Index der durchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer ausschließlich für die 16 Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Dabei wurde keine neue Normierung durchgeführt, sondern die Nulllinie aus der Normierung auf Basis aller Krankenhäuser verwendet. Die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer bezogen auf die durchschnittlichen Kosten des jeweiligen Krankenhauses innerhalb der Krankenhausgruppe KHUniMax ist unterschiedlich stark ausgeprägt. Zwei 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.

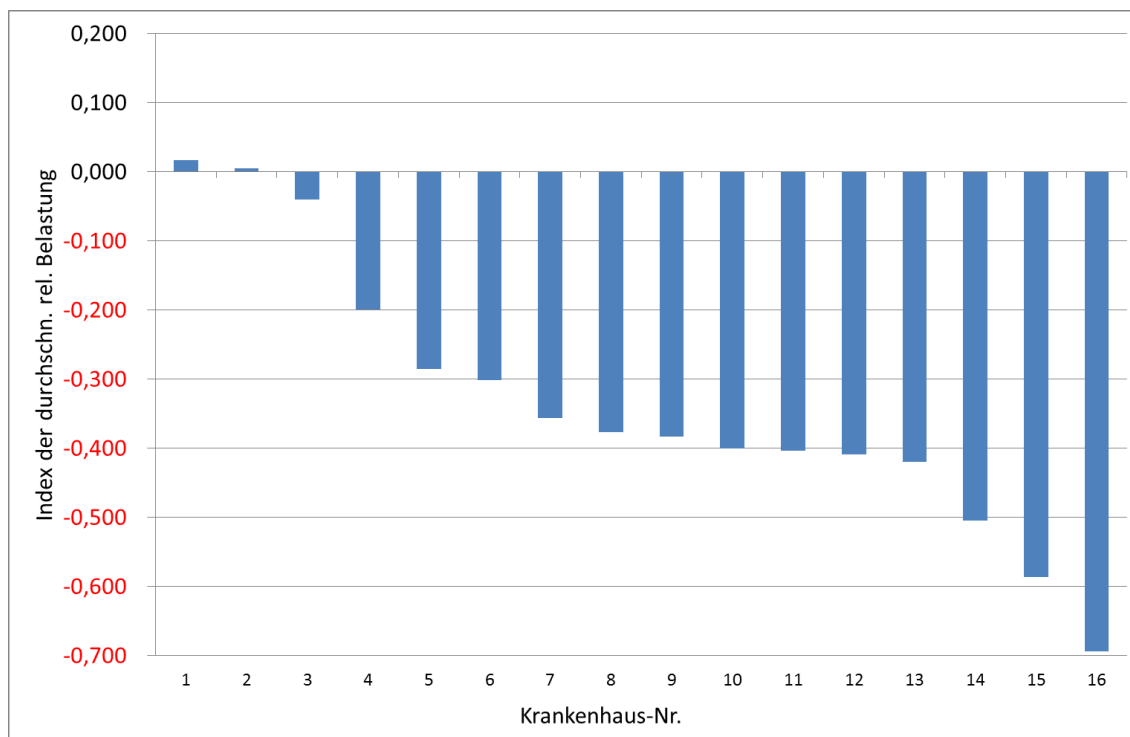


Abbildung 36: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2019

Hinsichtlich der eingeschränkten Übertragbarkeit der Ergebnisse vgl. z.B. die Ausführungen in Kapitel 3.4.5.

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

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, 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 zeigte 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 wurde der nicht parametrische Kolmogorov-Smirnov-Test¹¹ verwendet, der die Nullhypothese überprüft, ob die beiden beobachteten Datenreihen (beobachtete Anzahl von Kostenausreißern je DRG vs. theoretisch erwartete Anzahl von Kostenausreißern je DRG) derselben Verteilungsfunktion folgen. Das Ergebnis zeigt Tabelle 27.

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

Datenjahr 2019							
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	16	16	10	6	13	1	12
KHAndere	263	102	81	21	47	29	18
Alle Krankenhäuser	279	118	91	27	60	30	30

Datenjahr 2018							
KHUnimax	16	15	10	5	12	1	11
KHAndere	274	98	75	23	52	31	21
Alle Krankenhäuser	290	113	85	28	64	32	32

Tabelle 27: Ergebnis des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Krankenhausebene, Datenjahre 2018 und 2019

Tabelle 27 zeigt, dass für alle 16 Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax die Verteilung der Lower-Kostenausreißer in den jeweiligen Leistungsportfolios signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt abweicht. Für zehn der 16 Krankenhäuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant niedrigerem Anteil an Lower-Kostenausreißern und für sechs 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 an Upper-Kostenausreißern).

Von den 263 Krankenhäusern in der Gruppe KHAndere zeigen 102 Häuser eine signifikante Abweichung der Verteilung der Lower-Kostenausreißer vom erwarteten Stichprobendurchschnitt. Für 81 Krankenhäuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant geringerem Anteil, für 21 Häuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant höherem Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 47 Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere weicht die Verteilung der Upper-Kostenausreißer signifikant vom Stichprobendurchschnitt ab. Für 29 Krankenhäuser zeigt sich eine Verteilung mit signifikant geringerem Anteil an Upper-Kostenausreißern, für 18 Häuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant größerem Anteil an Upper-Kostenausreißern. Der Anteil der Krankenhäuser mit signifikant unterschiedlichem Anteil an Kostenausreißern im Vergleich zum erwarteten Anteil an Kostenausreißern bewegt sich seit Beginn der Analyse auf vergleichbarem Niveau. Die Ergebnisse der Vorjahre hinsichtlich der Signifikanz können daher mit der aktuellen Analyse bestätigt werden:

1. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax weisen ähnlich wie im Vorjahr 13 Häuser eine Verteilung mit signifikant größerem Anteil an Upper-Kostenausreißern auf (Vorjahr: 12).
2. Wenn die Verteilung der Upper-Kostenausreißer signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt abweicht, dann für die Krankenhausgruppe KHUniMax mehrheitlich in Richtung eines signifikant größeren Anteils an Upper-Kostenausreißern, für die Krankenhausgruppe KHAndere mehrheitlich in Richtung eines signifikant kleineren Anteils an Upper-Kostenausreißern.
3. Weicht die Verteilung der Lower-Kostenausreißer signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt ab, dann zeigt sich die jeweils größere Anzahl an Krankenhäusern in beiden Krankenhausgruppen mit einem signifikant kleineren Anteil an Lower-Kostenausreißern.

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 dabei dem tatsächlich ermittelten Wert in der Analysemenge. Der Belastungswert ermittelt auf Basis des krankenhausesbezogenen Leistungsportfolios, ob sich im Vergleich zur Kalkulationsstichprobe eine höhere oder eine 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.

Das Ergebnis zeigt Abbildung 37, in der die Krankenhäuser nach dem Belastungswert je Krankenhaus absteigend sortiert sind. Für 168 Krankenhäuser liegt der Belastungswert oberhalb der Nulllinie und für 111 unterhalb der Nulllinie. (Ein Krankenhaus – mit sehr kleiner Fallzahl – oberhalb der Nulllinie hat aufgrund seines Portfolios einen Belastungswert weit jenseits von 800 €, der als Ausreißer dieser Auswertung angesehen werden kann.) 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.

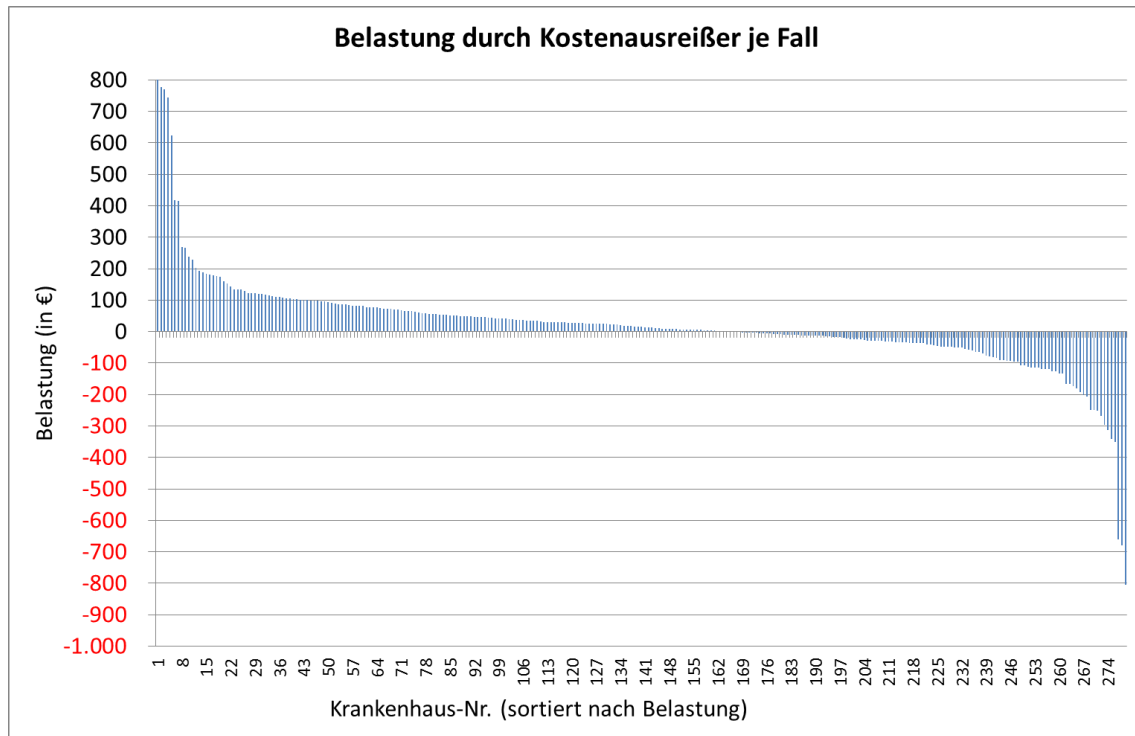


Abbildung 37: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall nach individuellem Leistungsportfolio, Datenjahr 2019

Die 168 Krankenhäuser oberhalb der Nulllinie zeichnen sich durch eine geringere durchschnittliche Fallzahl (12.500 Fälle) im Vergleich zu den 111 Krankenhäusern unterhalb der Nulllinie (16.100 Fälle) aus. Werden die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax aus der Betrachtung herausgenommen, zeigen die Krankenhäuser oberhalb und unterhalb der Nulllinie eine eher ähnliche durchschnittliche Fallzahl (11.800 bzw. 10.300). Bei Betrachtung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass im Vergleich zum Vorjahr rund 97% der Kalkulationsteilnehmer identisch sind. Das qualitative Ergebnis aus den Analysen der Vorjahre wird durch die aktuellen Analysen bestätigt.

Abbildung 38 betrachtet den Belastungswert ausschließlich für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Für 14 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. Bei zwei Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax ist die Belastung durch Kostenausreißer je Fall geringer, als im Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe aufgrund des individuellen Leistungsportfolios zu erwarten gewesen wäre.

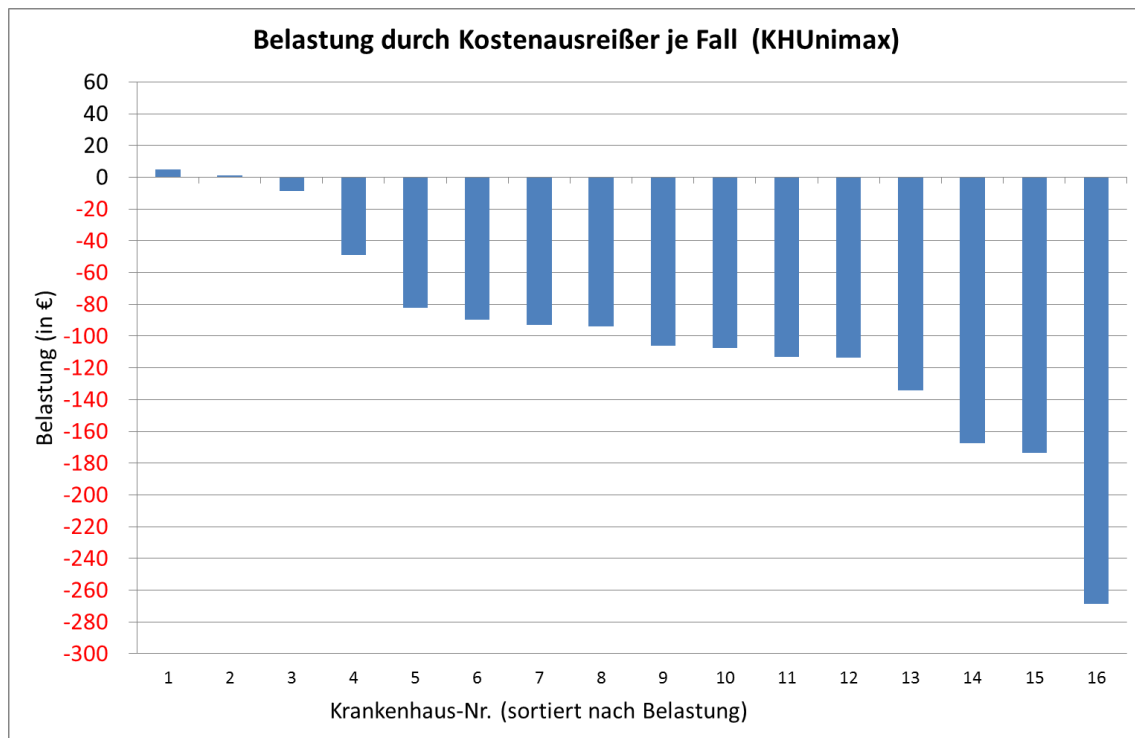


Abbildung 38: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall nach individuellem Leistungsportfolio in der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2019

Die bisher vorgestellten Ergebnisse legen unverändert zu den Vorjahren nahe, 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.

Für die Betrachtung der Signifikanz der durchschnittlichen Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausesindividuellem Leistungsportfolio kann analog zur Vorgehensweise bei der Verteilung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern ein Kolmogorov-Smirnov-Test (vgl. Kapitel 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 auch im Datenjahr 2019 – wie bereits in den vorherigen Datenjahren – 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 Stichprobendurchschnitt abweichenden Muster.

Zwischenfazit

1. Die Belastung durch Kostenausreißer ist unterschiedlich auf die Krankenhäuser verteilt.
2. Die durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern ist für die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax höher als für die Krankenhausgruppe KHAndere.
3. Der Anteil an Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax unterscheidet sich signifikant vom Anteil an Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHAndere. Die meisten Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen eine überdurchschnittliche Belastung auf.

3.4.7 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I, S. 2229) ändert u.a. den ordnungspolitischen Rahmen zum DRG-Vergütungssystem. Wie detailliert im Abschlussbericht zum aG-DRG-System 2021 beschrieben (Kapitel 3.2.4), ergeben sich Auswirkungen auf den Entgeltkatalog bzw. die Berechnung der Bewertungsrelationen durch die sachgerechte Korrektur der Bewertungsrelationen zur Vermeidung systematischer Überversütung der Sachkosten gem. § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG – im Folgenden Sachkostenkorrektur (SKK) genannt – und durch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen gem. § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c KHEntgG (im Folgenden GAB). Die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene vom 9. April 2020 unterscheidet sich inhaltlich nicht von den Vorgaben für die Umsetzung der Sachkostenkorrektur zum aG-DRG-System 2020.

Die Sachkostenkorrektur als Erlöskorrektur der Bewertungsrelationen für Inlier verfolgt das Ziel, den Erlös für den in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkostenanteil auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt umgesetzt, d.h. im Jahr 2021, dass der Korrektur der Erlöse für Sachkosten (-6,45%) die korrespondierende Aufwertung der Erlöse für Personal- und Infrastrukturkosten nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (+2,12%) gegenübersteht.

Zur Umsetzung der Regelungen zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen für das aG-DRG-System 2021 haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 9. April 2020 eine Vereinbarung geschlossen, nach der die Bewertungsrelationen bestimmter DRGs (siehe Tabelle 28) insgesamt um die Absenkung der Erlöse für Sachkosten durch die Sachkostenkorrektur (-6,45%) zu vermindern sind. Sowohl bei der Sachkostenkorrektur als auch bei der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen wurde im Datenjahr 2019 eine 60%ige Korrektur vorgenommen (Details siehe Kapitel 3.2.4 im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2021).

Die Berechnung der Bewertungsrelationen für den DRG-Entgeltkatalog 2021 erfolgte nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten in einem integrierten Gesamtprozess, sodass die Auswirkungen der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen nicht isoliert betrachtet werden können. Eine Betrachtung der gemeinsamen Auswirkungen der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen im Vergleich zu einem (fiktiven) DRG-Entgeltkatalog ohne diese Erlöskorrekturen ist möglich und Gegenstand der folgenden Ausführungen.

DRG	DRG-Bezeichnung	DRGRegelVUD	DRGAVL	DRGMaxVUD, DRGSVL, DRGIntensiv, DRGOnko, DRGKinderOnko
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule	ja	nein	nein
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre	ja	nein	nein
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre	ja	nein	nein
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	ja	nein	nein
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff	ja	nein	nein
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiumkopprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.	ja	ja	nein
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.	ja	ja	nein
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel	ja	ja	nein

Tabelle 28: Zuordnung der DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelation zu den analysierten Leistungsgruppen im aG-DRG-System 2021

Die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen stellen eine Erlöskorrektur durch Anpassung der Inlier-Bewertungsrelationen dar. Folglich resultieren hieraus keine Änderungen bei den bereinigten Kosten auf Fallebene (vgl. Kapitel 1.3.1 zur Definition der Fallkosten). Alle DRGs besitzen in Konsequenz vor und nach Sachkostenkorrektur und gezielter Absenkung von Bewertungsrelationen dieselben empirischen Verteilungen und deswegen dieselben theoretischen Verteilungsfunktionen mit denselben Grenzen für Kostenausreißer. Dieselben Fälle werden als Kostenausreißer identifiziert. Hinsichtlich der Deckung führen die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen aber zu fallbezogenen Auswirkungen. Analysiert werden die Kostenausreißer des Datenjahres 2019 gruppiert nach der aG-DRG-Version 2021.

Im Folgenden werden zunächst die Deckungsbetrachtungen für die speziellen und allgemeinen Versorgungsleistungen (DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD) vorgestellt. Im Anschluss daran erfolgt dieselbe Betrachtung für die gesondert betrachteten Leistungsgruppen DRGIntensiv, DRGOnko, DRGKinderOnko sowie Kinder und schließlich für die Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere.

Spezielle und allgemeine Versorgungsleistungen

Tabelle 29 stellt in einer Gesamtbetrachtung die Auswirkungen der Sachkostenkorrektur (SKK) und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (GAB) auf die Kostendeckung der betrachteten Kostenausreißer dar. Im Vergleich zum Vorjahr ergeben sich qualitativ keine Änderungen. Im Saldo aller Kostenausreißer aller analysierten DRGs resultiert aus der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen eine zusätzliche Kostenunterdeckung der atypischen Fälle von rund 0,8 Mio. €. Die Angaben „Gesamt“ in Tabelle 29 ergeben sich durch Addition der Angaben zu den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD, die zusammen alle analysierten DRGs enthalten.

Alle von der gezielten Absenkung der Bewertungsrelation betroffenen DRGs zählen zur Leistungsgruppe DRGRegelVUD (vgl. Tabelle 28). Die DRGs I47C, I68D und I68E sind darüber hinaus auch in der Leistungsgruppe DRGAVL enthalten.

		Deckung gesamt (Euro) Kostenausreißer; gruppiert gem. aG-DRG-System 2021
Leistungsgruppe	Fallzahl	Differenz aus SKK + GAB
DRGRegelVUD	191.766	976.373
DRGMaxVUD	27.232	-1.820.563
DRGAVL	60.858	-164.594
DRGSVL	6.585	-846.458
Gesamt	218.998	-844.190

Tabelle 29: Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppen, in €, Datenjahr 2019

Tabelle 30 zeigt, dass die atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD mit 35,4% bzw. 30,6% einen Sachkostenanteil über dem Sachkostenanteil aller atypischen Fälle der Analysemenge (23,5%) aufweisen und damit stärker von der Sachkostenkorrektur betroffen sind. Die allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD weisen hingegen mit einem Anteil von 16,9% bzw. 20,1% unterdurchschnittliche Sachkostenanteile auf. Sie profitieren damit von der Sachkostenkorrektur. Der Sachkostenanteil der atypischen Fälle liegt mit 23,5% leicht über dem Sachkostenanteil für alle Fälle der Analysemenge (22,6%). Grundsätzlich gilt:

1. Der Sachkostenanteil der atypischen Fälle ist in den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung (DRGRegelVUD, DRGAVL) größer als der Sachkostenanteil aller Fälle der jeweiligen Leistungsgruppe.
2. Der Sachkostenanteil der atypischen Fälle ist in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgung DRGSVL kleiner als der Sachkostenanteil aller Fälle der Leistungsgruppe. In der Leistungsgruppe DRGMaxVUD ist der Sachkostenanteil der atypischen Fälle bzw. aller Fälle der Leistungsgruppe in etwa gleich hoch.

Leistungsgruppe	Sachkostenanteil	
	Alle Fälle	Kosten- ausreißer
DRGRegelVUD	19,3%	20,1%
DRGMaxVUD	30,2%	30,6%
DRGAVL	14,9%	16,9%
DRGSVL	38,4%	35,4%
Gesamt	22,6%	23,5%

Tabelle 30: Sachkostenanteil in Bezug auf die Menge aller Fälle und die Kostenausreißer nach Leistungsgruppen, Datenjahr 2019

Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen gehören zu keiner der gesondert betrachteten DRG-Leistungsgruppen (DRGIntensiv, DRGOnko bzw. DRGKinderOnko).

In der Leistungsgruppe DRGOnko erhöht sich durch die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen die Kostendeckung der atypischen Fälle (vgl. Tabelle 31). In den Leistungsgruppen DRGIntensiv und DRGKinderOnko ist eine leichte Reduzierung der Kostendeckung der atypischen Fälle durch die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen zu verzeichnen.

		Deckung gesamt (Euro) Kostenausreißer; gruppiert gem. aG-DRG-System 2021
Leistungsgruppe	Fallzahl	Differenz aus SKK + GAB
DRGIntensiv	3.092	-175.694
DRGOnko	25.982	172.717
DRGKinderOnko	627	-15.747
Kinder	25.201	293.409

Tabelle 31: Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Belastung durch Kostenausreißer nach gesonderten Leistungsgruppen, in €, Datenjahr 2019

Die Kostenausreißer in der Fallmenge der Kinder erfahren durch die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen einen positiven Effekt. Die Kostendeckung der atypischen Fälle der Kinder steigt um rund 0,29 Mio. €. Somit zeigt sich auch in der Betrachtung der Kostenausreißer die Verbesserung der Vergütungssituation für die Behandlung von Kindern, die aus der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen als Beitrag der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2021 für die Behandlung von Kindern resultiert.

Bei den gesondert betrachteten Leistungsgruppen gilt im Datenjahr 2019 hinsichtlich der Sachkostenanteile (vgl. Tabelle 32):

1. In der Leistungsgruppe DRGIntensiv und DRGKinderOnko ist der Sachkostenanteil der Kostenausreißer kleiner als der Sachkostenanteil aller Fälle der Leistungsgruppe.
2. In den Leistungsgruppen DRGOnko ist der Sachkostenanteil der atypischen Fälle höher als der Sachkostenanteil aller Fälle der jeweiligen Leistungsgruppe.
3. Für die Fallmenge der Kinder ist der Sachkostenanteil der atypischen Fälle höher als der Sachkostenanteil aller Fälle mit einem Alter < 16 Jahre.

Leistungsgruppe	Sachkostenanteil	
	Alle Fälle	Kosten- ausreißer
DRGIntensiv	26,5%	25,2%
DRGOnko	22,0%	23,1%
DRGKinderOnko	29,9%	28,5%
Kinder	17,0%	18,8%
Gesamt	22,6%	23,5%

Tabelle 32: Sachkostenanteil in Bezug auf die Menge aller Fälle und die Kostenausreißer nach gesonderten Leistungsgruppen, Datenjahr 2019

Vergleich der Krankenhausgruppen

Sowohl die Sachkostenkorrektur als auch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen wirken sich systemweit auf die Erlöse der Fallpauschalen aus. Je nach Leistungsspektrum der Krankenhäuser können die einzelnen Krankenhäuser hiervon unterschiedlich betroffen sein: Beides, Erlöszuwächse und Erlösrückgänge, sind möglich. Tabelle 33 ist zu entnehmen, dass sich die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung der Kostenausreißer sowohl in der Krankenhausgruppe KHUniMax als auch in der Krankenhausgruppe KHAndere mit rund -0,4 Mio. € (negativ) auswirkt.

		Deckung gesamt (Euro) Kostenausreißer; gruppiert gem. aG-DRG-System 2021
Krankenhausgruppe	Fallzahl	Differenz aus SKK + GAB
KHUniMax	55.706	-447.218
KHAndere	163.292	-396.973
Gesamt	218.998	-844.190

Tabelle 33: Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Belastung durch Kostenausreißer nach Krankenhausgruppen, in €, Datenjahr 2019

Mit Blick auf Tabelle 34 war dieses Ergebnis zu erwarten, da der Sachkostenanteil in der Krankenhausgruppe KHUniMax mit 24,6% über und der Sachkostenanteil der Krankenhausgruppe KHAndere mit 21,7% unter dem Durchschnitt (22,6%) liegt. Das Ergebnis des Vergleichs der Krankenhausgruppen spiegelt den vergleichsweise hohen Anteil der speziellen Versorgungsleistungen der Krankenhausgruppe KHUniMax wider, die – wie oben gezeigt – stärker von der Sachkostenkorrektur betroffen ist.

Krankenhausgruppe	Sachkostenanteil	
	Alle Fälle	Kosten- ausreißer
KHUniMax	24,6%	26,2%
KHAndere	21,7%	22,0%
Gesamt	22,6%	23,5%

Tabelle 34: Sachkostenanteil in Bezug auf die Menge aller Fälle und die Kostenausreißer nach Krankenhausgruppen, Datenjahr 2019

Einen Vergleich des Effekts aus Sachkostenkorrektur und gezielter Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung der Kostenausreißer für alle 279 analysierten Krankenhäuser zeigt Abbildung 39. Für 183 Krankenhäuser resultiert daraus für die Deckung der Kostenausreißer ein positiver Effekt. Für 96 Krankenhäuser ergibt sich für die Deckung der atypischen Fälle ein negativer Effekt. Damit verbessert sich die Deckung der Kostenausreißer infolge der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen für rund zwei Drittel (65,6%) der Krankenhäuser.

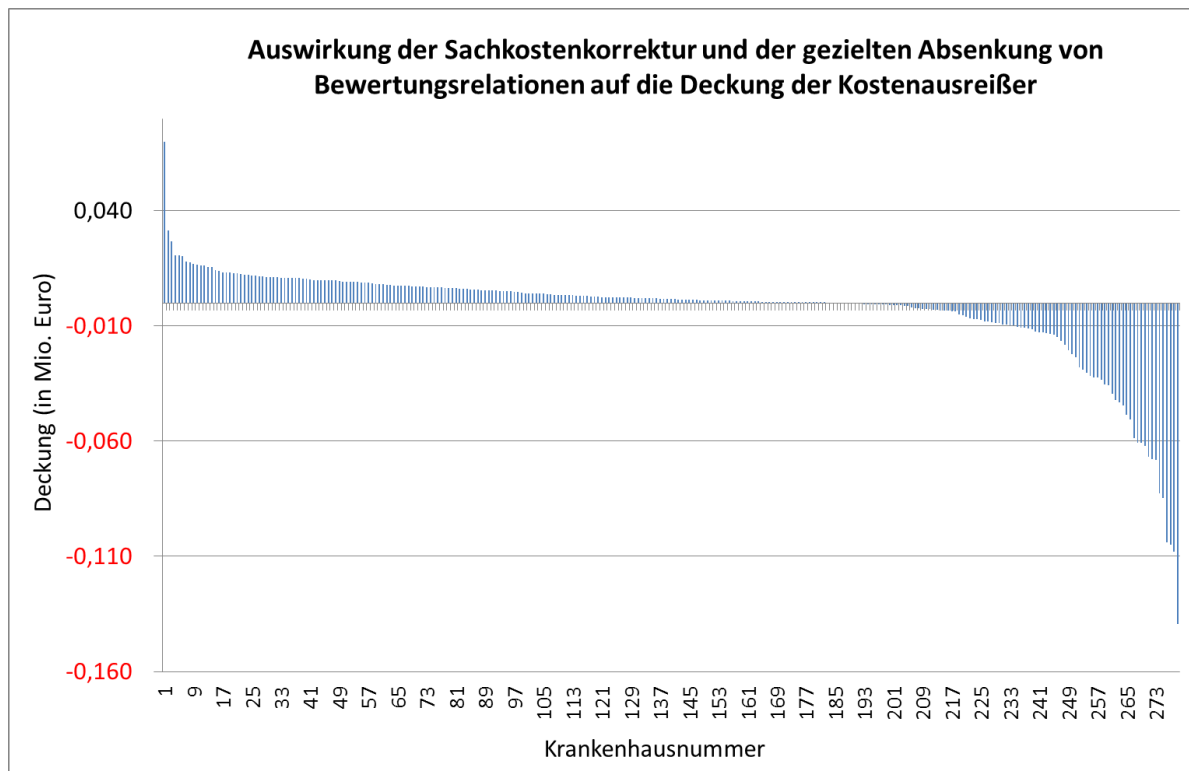


Abbildung 39: Gesamte Auswirkung der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung (Mio. €) der Kostenausreißer in den analysierten Krankenhäusern, Datenjahr 2019

Abbildung 40 zeigt die Auswirkung der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung der Kostenausreißer für die 16 Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Vier der 16 Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax zeigen einen positiven und zwölf Krankenhäuser einen negativen Effekt.

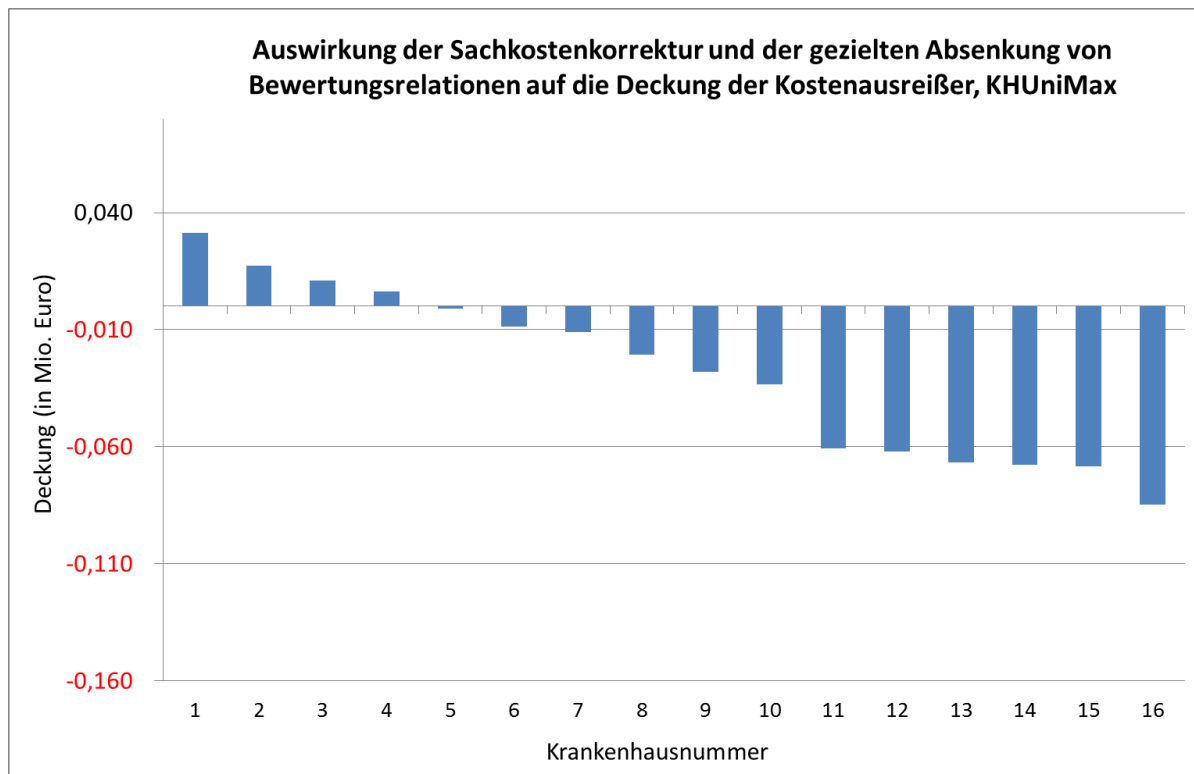


Abbildung 40: Auswirkung der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung (Mio. €) der Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2019

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung

Für die Erstellung des Extremkostenberichts wurden die Daten von 279 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 DRGs sind durch eine eher spezielle Versorgungssituation gekennzeichnet, d.h. diese Leistungen werden typischerweise von wenigen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Ergänzend zu den breiter definierten Leistungsgruppen wurden drei Leistungsgruppen mit spezifischen Leistungsinhalten untersucht: DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko.

Für die aggregierte Betrachtung auf Krankenhausebene wurden zwei Krankenhausgruppen gebildet: KHUniMax mit 16 Krankenhäusern (Universitätskliniken und Maximalversorger) sowie die anderen 263 Krankenhäuser (KHAndere). Für eine vertiefende Analyse wurden drei DRG-übergreifende Verweildauergruppen Kurzlieger, Inlier und Langlieger gebildet.

Für den vorliegenden Bericht wurden keine methodischen Veränderungen an der Vorgehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer etabliert. Allerdings wurden für das aG-DRG-System die Pflegepersonalkosten ausgegliedert. Dadurch wird der Vergleich mit den Vorjahren eingeschränkt, da die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten beispielsweise unverändert Auswirkungen auf den Klassifikationsalgorithmus hat. Weitere Abweichungen ergeben sich dadurch, dass mit dem Datenjahr 2019 eine neue, anders zusammengesetzte Stichprobe als Analysemenge zur Verfügung steht und die Daten für die finale

Analyse zum Extremkostenbericht nach dem aktuellen aG-DRG-System gruppiert werden. Durch eine veränderte Beteiligung von Kalkulationskrankenhäusern im Datenjahr 2019 (elf Krankenhäuser weniger als im Datenjahr 2018) ist die Vergleichbarkeit nur eingeschränkt möglich – eine Übertragbarkeit der vorliegenden Ergebnisse auf einzelne Krankenhäuser bzw. Krankenhausgruppen ist nicht möglich.

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 fehlen zum Ende der Analyse zu einem nennenswerten Teil der detailliert nachgefragten Fälle die Rückmeldungen.
2. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten wirkt sich nicht nur auf die Berechnung der bereinigten Kosten und die damit verbundenen Verläufe der Verteilungsfunktionen aus. Durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten werden andere Fälle mit anderen Kostenüber-/unterdeckungen als Kostenausreißer identifiziert. Die Auswirkungen auf den Klassifikationsalgorithmus schränken auch die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren erheblich ein. Bei der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems haben zahlreiche Anpassungen des Klassifikationssystems ihren Ursprung in der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten. Die Auswirkungen eines derart disruptiven Eingriffs in ein bestehendes Vergütungssystem sind nur in einem mehrjährigen Prozess vollständig zu integrieren. Erwartungsgemäß werden sich auch in den folgenden Jahren noch Auswirkungen im aG-DRG-System durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zeigen.
3. Wie in jeder Analyse zum Extremkostenbericht existieren Kostenausreißer mit Kostenunterdeckungen und atypische Fälle mit Kostenüberdeckungen nebeneinander. Die Kostenausreißer mit Kostenunterdeckungen werden durch die Kostenausreißer mit Kostenüberdeckungen überkompensiert. Insgesamt entsteht eine Kostenüberdeckung durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer. Die durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle liegt bei rund 232 € je Fall.
4. Während die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der atypischen Fälle aufweisen, zeigen die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer.
5. Die Belastung der Krankenhäuser durch atypische Fälle in der Krankenhausgruppe KHUniMax resultiert im Wesentlichen aus der Kostenunterdeckung in den DRGs der Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung.
6. Atypische Fälle der Langlieger zeigen außer in den Leistungsgruppen DRGSVL bzw. DRGMaxVUD für die Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenunterdeckung. Kostenausreißer der Kurzlieger zeigen regelhaft eine durchschnittliche Kostenüberdeckung.
7. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax kleiner und der Anteil an Upper-Kostenausreißern größer als die jeweiligen Anteile für die Krankenhausgruppe KHAndere; die Unterschiede in den identifizierten Anteilen sind für zahlreiche DRGs signifikant.
8. Bei den gesondert betrachteten Leistungsgruppen DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko zeigt sich für die Krankenhausgruppe KHAndere jeweils eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt sich für die Leistungsgruppen DRGIntensiv und DRGOnko eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der Kostenausreißer und für die Leistungsgruppe DRGKinderOnko eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen

Fälle. Die Kostenausreißer der Leistungsgruppe DRGKinderOnko zeigen damit in beiden Krankenhausgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung.

9. Die Abbildung der Behandlungskosten von Kindern konnte auch nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten im aG-DRG-System 2021 nochmals deutlich verbessert werden. Der seit Jahren vom InEK beschrittene Pfad zur stetigen Verbesserung der Vergütung für die Behandlung von Kindern wurde fortgesetzt. Die Kostenausreißer der speziellen Leistungen (DRGMaxVUD und DRGsvl) zeigen bei der Behandlung von Kindern in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine Kostenüberdeckung. Die Kostenausreißer bei der Behandlung von Kindern weisen wie im Vorjahr insgesamt eine Kostenüberdeckung auf; sie beträgt im Datenjahr 2019 rund 1,2 Mio. €.
10. Ein guter Teil der atypischen Fälle (von Kindern) lässt sich auf wenige DRGs der allgemeinen Versorgung (insbesondere für die Versorgung von nicht schwer erkrankten Neugeborenen) zurückführen. Bei diesen DRGs stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die identifizierten Kostenausreißer wegen der in Kapitel 2.1.1 dargestellten Grenze der methodischen Vorgehensweise überhaupt atypische Fälle im Sinne des Extremkostenberichts darstellen.
11. Die Analysen zeigen erneut, dass die Etablierung ergänzender Entgelte (Zusatzentgelte, NUB-Entgelte) erhebliches Potential zur Reduzierung der Belastung durch Kostenausreißer aufweist, wobei 2020 oder 2021 neu etablierte ZE- oder NUB-Entgelte in dieser Betrachtung noch nicht sichtbar sind.

Die Analysen der Kostenausreißer haben Leistungen identifiziert, die anhand dokumentierter Merkmale einer sachgerechten Vergütung innerhalb des aG-DRG-Systems durch eine Klassifikationsänderung (Zuordnung zu anderen DRGs ab 2021) zugeführt werden konnten (vgl. Kapitel 3.3). Einige Anhaltspunkte für Klassifikationsänderungen haben sich erst zu einem späteren Zeitpunkt des Kommunikationsprozesses zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern ergeben, sodass die gewonnenen Erkenntnisse erst in das aG-DRG-System 2022 Eingang finden können. Ebenso können sich weitere klassifikatorische Auswirkungen durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ergeben.

Die Ursachen für die Kostenüber- und -unterdeckungen sind vielfältig und lassen sich nicht auf einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge reduzieren. Die Auslastung der Stationen scheint teilweise 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 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 von den Selbstverwaltungspartnern 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) die Ursache 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 Kostenüberdeckung aus. Die aggregierte Betrachtung auf Ebene der Leistungsgruppen der allgemeinen und speziellen Versorgung zeigt für die Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung und für die atypischen Fälle der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung.

2. *Stehen den Kostenunterdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene entsprechende Erlösüberdeckungen gegenüber?*

Der Umfang der Kostendeckung durch Kostenausreißer ist von der Leistungs- und Krankenhausgruppe abhängig. Diese Aussage gilt verstärkt für einzelne Häuser oder einzelne DRGs. Rund 51% der DRGs zeichnen sich durch eine Gesamtüberdeckung der Kostenausreißer aus; diese DRGs enthalten rund 55% der Fälle der Analysemenge. Damit zeigt sich qualitativ eine Verbesserung im Vergleich zu den Vorjahren, d.h. mehr DRGs mit einem insgesamt höheren Fallanteil zeigen eine Kostenüberdeckung ihrer atypischen Fälle.

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 Krankenhäuser angepassten Analyse noch erhebliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich ihrer Belastung durch Kostenausreißer.

Rund 65% der Krankenhäuser zeichnen sich im Datenjahr 2019 durch eine Überdeckung der Kostenausreißer und rund 35% der Krankenhäuser durch eine Unterdeckung der Kostenausreißer aus. Dieses Ergebnis zeigte sich qualitativ bereits in den Vorjahren.

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 aG-DRG-System sind trotz gleicher Methodik zur Identifikation der Kostenausreißer nicht überlagerungsfrei möglich, da sich im Zeitverlauf zugleich Veränderungen der zugrunde liegenden Falldatenmengen wie auch bei der Anwendung der Verteilungsfunktionen ergeben haben. Die durch die Veränderungen der DRG-Eingruppierungssystematik, die Änderungen der verwendeten Fallmenge sowie die dynamisch angewendeten Verteilungsfunktionen entstehenden Extremkosteneffekte lassen sich nicht vollständig voneinander trennen. Darüber hinaus wurde mit der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung ein erheblicher Eingriff in das Vergütungssystem vorgenommen. Dies schränkt die Vergleichbarkeit mit Vorjahresergebnissen weiter ein.

5. *Lassen sich Kostenausreißer sachgerecht über Patientenmerkmale identifizieren und über Anpassung von DRG-Splits oder die Einführung von Zusatzentgelten abbilden?*

Im Rahmen der Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für 2021 konnten im dargestellten Maße Patientenmerkmale für Extremkostenfälle identifiziert und durch Anpassungen in der DRG-Systematik Verbesserungen bei der Vergütung dieser Kostenausreißer herbeigeführt

werden (siehe hierzu Kapitel 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. Allerdings finden sich ebenfalls in der Krankenhausgruppe KHAndere Häuser mit überdurchschnittlicher Belastung. Die Belastung mit Kostenausreißern zeigt keinen einfachen Zusammenhang zu Strukturmerkmalen auf.

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 geänderte Zusammensetzung der Datengrundlage durch die Ziehung von Teilnehmern zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation sowie durch eine veränderte Beteiligung von freiwillig an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern hat einen Einfluss auf die Bestimmung der Verteilungsfunktionen und damit der Identifikation von Kostenausreißern. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in diesem Bereich ist entsprechend eingeschränkt. Eine einfache Übertragbarkeit der Ergebnisse beispielsweise auf die Gesamtheit der Universitätskliniken ist nicht möglich. Der Einfluss der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung auf die Kostendeckung der atypischen Fälle lässt sich wegen der massiven Auswirkungen insbesondere auf die Klassifikationssystematik nicht bestimmen. Vergleiche zu den Vorjahren sind daher nur sehr eingeschränkt möglich.

3. Die vorgegebene Methodik zur Bestimmung von Kostenausreißern führt definitionsgemäß dazu, dass in der Analysemenge von rund 3,9 Mio. Fällen die Anzahl der Kostenausreißer bei rund 200.000 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 ausgeprägten Werten) einer ausführlichen Analyse zugeführt.
4. 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 und ggf. „niedrigen“ Grenzwerten zur Bestimmung der Lower- und Upper-Kostenausreißer auszeichnen.
5. Bei der Analyse der Kostenausreißer für den Extremkostenbericht (hier: Datenjahr 2019) kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass einige Ergebnisse reine Zufallsergebnisse sind, die sich 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 Weiterentwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems geschaffen wird. Dabei wurden auffällige Kostenwerte (nach oben und nach unten) einer sorgfältigen Prüfung unterzogen. Mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System wurden auch die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für die Pflegepersonalkosten bei der „Pflege am Bett“ neu adjustiert. Die Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung werden in allen Aspekten der Weiterentwicklung des Entgeltsystems allerdings erst in einigen Jahren vollständig vollzogen sein. Insofern unterliegen auch die Analysen zu den Extremkostenberichten der kommenden Jahre noch den Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung. Die Einschränkungen der intertemporalen Vergleichbarkeit konnten hinsichtlich der Auswirkungen der Pflegepersonalkostenausgliederung bereits im aktuellen Extremkostenbericht erheblich reduziert werden; sie werden mit der kontinuierlichen Vervollständigung der Auswirkungen der Pflegepersonalkosten-Ausgliederung im Entgeltsystem gleichermaßen reduziert werden.

Der jährliche Prozess zur Erstellung des Extremkostenberichts wurde seit der erstmaligen Durchführung 2014 einer kontinuierlichen Weiterentwicklung zur Optimierung des gemeinsamen Miteinanders und der inhaltlichen Analyse unterzogen. Die intensive Beschäftigung mit Kostenausreißern hat in den jeweiligen Jahren der Weiterentwicklung des Entgeltsystems zu einer deutlichen Verbesserung in der klassifikatorischen Abbildung geführt.

Mit dem Datenjahr 2019 haben insgesamt 58 Krankenhäuser an der Kostenerhebung im Entgeltbereich „DRG“ teilgenommen, die gem. § 17b Abs. 3 S. 5 KHG zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation zur Teilnahme ausgelost wurden. Dadurch wurde die Datengrundlage insbesondere in bislang unterrepräsentierten Leistungsbereichen stabilisiert.

Die Corona-Pandemie zeigte 2020 auch Auswirkungen auf die Bearbeitung der Nachfragen zu den Auffälligkeiten der atypischen Fälle. Die Rücklaufquote zu den gestellten Nachfragen konnte durch das Engagement der Kalkulationsteilnehmer zwar auf einem hohen Niveau stabilisiert werden. Dennoch konnte den Rückfragen des InEK nicht in der gewohnten Detailtiefe nachgegangen werden. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Kostendatenerhebung des Datenjahres 2020 werden auch auf den Extremkostenbericht 2022 ausstrahlen. Erwartungsgemäß werden einige atypische Fälle identifiziert werden, die keine Extremkostenfälle im eigentlichen Sinne sind, sondern lediglich einen Reflex auf die aus einem üblichen Rahmen herausfallenden Kostensätze bei der Kostenkalkulation darstellen. Die Analysen zum kommenden Extremkostenbericht müssen dem Umstand der kalkulatorischen Artefakte entsprechend Rechnung tragen.

Bereits bestehende Hinweise für Klassifikationsanpassungen werden für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems 2022 untersucht und bei Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit entsprechend umgesetzt. Arbeiten zu Themenkomplexen, die einer mehrjährigen Entwicklung bedürfen, können begonnen werden, um die angestrebte Verbesserung der sachgerechten Vergütung schnellstmöglich umsetzen zu können. Dafür ist auch im kommenden Jahr 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 Nachfragen an die Kalkulationsteilnehmer, beispielsweise zu den genauen Kostenzuordnungen bei variablen und fixen Kostenbestandteilen, erforderlich werden.

Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass wir den Kalkulationskrankenhäusern mit den zahlreichen Rückfragen zu Kostenausreißerfällen im Laufe des Jahres erhebliche Mühen bereitet haben. Dies gilt insbesondere vor den sowieso bestehenden Herausforderungen durch die Auswirkungen der Corona-Pandemie während der Kalkulations- und Nachfragephase. Der vorliegende Bericht und die aus den zahlreichen Rückmeldungen der Krankenhäuser resul-

tierenden Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems wären ohne den 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 eine weitere Verbesserung in den Abläufen anzustreben, damit die engagierte und konstruktive Unterstützung durch die Kalkulationsteilnehmer effizienter für die Systempflege eingesetzt werden kann. Ein wesentlicher Baustein für die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sind die Informationen der Kalkulationsteilnehmer zur Kalkulationsgrundlage. Sorgfältig, vollständig und konsistent ausgefüllte Kalkulationsgrundlagen leisten daher einen erheblichen Beitrag zur Reduktion der Nachfragen.

5 Anhang

DRG-Informationen

Für die 1.225 bewerteten DRGs des aG-DRG-Systems 2021 werden die **Verteilungszuordnungen** (vgl. Kapitel 3.4.1) sowie die **Kategorisierung der Leistungen** zu den Leistungsgruppen und den **gesondert betrachteten Leistungsgruppen** (vgl. Kapitel 3.4.2) dargestellt.

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen			Gesondert betrachtete		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGint ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nierentranspl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivmed. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nierentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.	00	Log-Normal	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	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 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. intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
A04D	Knochenmarktransplantation / 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	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
A05Z	Herztransplantation	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	00	Log-Normal	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 P., mit komplexer OR-Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1380 / 2484 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	00	Gamma	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 / 2208 Aufwandspunkte	00	Gamma	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	Log-Normal	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 oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.	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 best. intensivmed. Komplexbeh. 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. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.	00	Gamma	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	Gamma	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre	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	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter > 5 Jahre oder mit IntK > - / 828 / - Punkte oder kompl. OR-Prozedur od. mit best. OR-Prozedur od. kompliz. Konst. od. mit IntK > 588 / 552 / 552 Punkte od. Alter < 16 Jahre bei bösartiger Neubildung	00	Gamma	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
A13F	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	Gamma	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	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme	00	Gamma	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	Weibull	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	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	00	Log-Normal	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	Gamma	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 oder ohne schwerste CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation	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 oder komplizierender Konstellation	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, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre	00	Gamma	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, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag	00	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre	00	Gamma	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	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation	00	Weibull	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
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt > 5 J. oh. schwerste CC	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
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	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
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven	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
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	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 komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldyst. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit auß. schw. oder schw. CC	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 Neuropathie, mit komplexem Eingriff	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B17D	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldyst. od. Neurop., Alt. < 19 J. od. mit schw. CC, Alt. > 15 J., ohne mäßig kompl. Eingr. od. oh. 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
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschrittmachers oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektroden-systems	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektroden-systemen	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation, Alter < 3 J. oder intervent. Eingriff oder Alter < 18 J. mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriffe bei Trigemineuralgie, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigemineuralgie oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigemineuralgie, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, mit Sondenimplantation	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, 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 oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	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	Log-Normal	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. Eingriff, ohne kompl. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eingr., ohne kompl. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.	01	Gamma	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	Log-Normal	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	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
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	Gamma	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	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	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	Log-Normal	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	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung	01	Weibull	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	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	01	Gamma	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
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	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	Weibull	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 äußerst 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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	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 oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	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 Thrombolysie 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 zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolysie, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Stunden oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.	01	Gamma	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 Thrombolysie	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolysie	01	Gamma	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	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag	01	Weibull	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	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie	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	01	Log-Normal	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
B72Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B75Z	Fieberkrämpfe	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, mit komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B76E	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	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B77Z	Kopfschmerzen	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	01	Log-Normal	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 oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung	01	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
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 oder bestimmter aufwendiger /hochaufwendiger Behandlung	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, ohne bestimmte aufwendige /hochaufwendige Behandlung	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, zerebrale Lähmungen oder Delirium	01	Gamma	ja	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet	01	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
C03A	Eingriffe Retina m. PPV, m. ECCE od. b. BNB Auge, m. best. Eingr. Retina od. Entf. Augapf. m. Impl. od. Endoph. od. Eingr. Orbita b. BNB Auge od. best. Eingr. Retina od. ECCE od. kompl. Eingr. od. BNB, Alter < 16 od. Enukl. u. Eingr. Orbita auß. b. BNB	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder komplexem Eingriff am Auge oder bei bösartiger Neubildung des Auges, Alter > 15 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne bestimmtem Eingriff an der Retina, ohne komplexen Eingriff am Auge, außer bei bösartiger Neubildung des Auges	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C05Z	Dakryozystorhinostomie	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre	02	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre	02	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei angeborener Fehlbildung der Linse	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ohne komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
C13Z	Eingriffe an Tränenröhre und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C14Z	Andere Eingriffe am Auge	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	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 oder bei bösartiger Neubildung am Auge	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	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, außer bei bösartiger Neubildung am Auge	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen	02	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	02	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges	02	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D01B	Kochleaimplantation, unilateral	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf mit Hartgaumenplastik oder best. Knochen-Tx-transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf ohne Hartgaumenplastik oder best. Knochen-Tx-transposition an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen, Alter > 1 Jahr	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D04A	Biglathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovasikulärem Lappen, mit komplexem Eingriff	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D04B	Biglathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovasikulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D05A	Komplexe Parotidektomie	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D06A	Kompl. Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 J. od. Alter > 15 J., mit komplexer Prozedur oder Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins od. mit intrakran. Eingriff bei BNB	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 J. u. Alter < 16 J. od. Alter > 15 J., mit kompl. Prozed. oder Diag., ohne Resektion Felsenbein, ohne intrakran. Eingriff bei BNB	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	03	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKI nderOn ko
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkprothese	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik oder Eingriffe am Kopf	03	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne Eingriffe am Kopf	03	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D24A	Komplexe Hauptplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
D24B	Komplexe Hauptplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, mit Laryngektomie ohne äußerst schwere CC oder außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne äußerst schw. CC, ohne Bestrahlungsim., Konstr. und Anpas. von Fix-/Behandlungshilf. bei Strahlenth. mit op. Eingr.	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtspithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla	03	Gamma	nein	nein	nein	ja	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
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingr. an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne auß. schw. CC, mit aufw. Eingr. oder Eingr. an Mundhöhle und Mund auß. bei BNB, Alter < 3 J. oder mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 J. mit auß. schw. od. schw. CC	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder versch. Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre od. Alter > 11 J. bei BNB	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	03	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung	03	Log-Normal	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 plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spalt Nase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen	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	03	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	03	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	03	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe 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 ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne auß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff, 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	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder äußerst schweren CC	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff an der Pulmonalarterie, Alter > 17 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E06A	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
E06B	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter > 9 und < 16 J. oder mit offen chirurgischer Pleurolyse mit Eingriff an Lunge/Pleura oder best. atyp. Lungenresek. oder best. Brustkorbkorr.	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
E06C	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbkorr.	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom	04	Weibull	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, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	04	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / Punkte oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst 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	Weibull	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	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC	04	Gamma	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 Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmter invasiver kardiologischer Diagnostik	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik	04	Gamma	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 < 16 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 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 od. best. Atemwegsinfektion mit auß. schw. CC oder best. hochaufw. Beh. od. Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein BT, mit auß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit auß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. auß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne auß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre	04	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / Aufwandspunkte	04	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / Aufwandspunkte	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane m. and. kompliz. Konst. od. schwersten CC od. kompl. Diagn. m. auß. schw. CC od. bei Z.n. Tx od. m. Komplexbeh. MRE od. best. hochaufwend. Beh. od. angeb. Fehlbildungssynd. od. Alter < 10 J.	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem Quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOnko
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komp. Diagnose, ohne äußerst schwere CC od. ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwend. Behandlung	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsger. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenernf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Impl. eines Drucksensors in die Pulmonalarterie	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenerntfernung oder Alter < 18 Jahre	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F01E	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation od. aufwendige Sondenerntfernung od. Aggregatwechsel S-ICD ohne Änderung der Sonde, ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalarterie, ohne Impl. eines intrakardialen Pulsgenerators, Alter > 17 J.	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne auß. schw. CC, ohne aufw. Sondenernf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmonalart., ohne Impl. Pulsger., Alter > 17 J.	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmtem Zweifacheingriff	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappenr. Gefäßprothese	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappenr. Gefäßp.	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	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
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit Intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation oder komp. Operation oder IntK > - / 368 / - P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > -/368 / - P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369 / - P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369 / - P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmtem Aorteneingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F08G	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, ohne bestimmten Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 J., ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig komplexen kardiothorakalen Eingriffen mit äußerst schweren CC oder mit chirurg. epikard. Ablationsverfahren	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 J., ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, ohne auß. schwere CC oder ohne mäßig komplexe kardiothorakale Eingriffe, ohne chirurgische epikard. Ablationsverfahren	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit auß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Impl. Ereignisrekorder, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. auß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiol. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.	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	Log-Normal	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 mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, 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, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. auß. schw. CC mit kompl. Eingr. mit intralum. exp. Extraktionshilfe	05	Weibull	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 aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe	05	Log-Normal	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 aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F19A	Anderer transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F19B	Anderer transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	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	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F21B	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F21C	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F21D	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F21E	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, 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 bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schweren CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, mit mäßig komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem 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 oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalin. Eingr. an mehrer. Herzkl.	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	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	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko	
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herznnterst. System	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konst. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herznnterst. System	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herznnterst. System	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre	05	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialem Mapping oder bestimmter komplexer Diagnose	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne best. kompl. Diagnose, mit best. Eingr.	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit komplexer Ablation, Alter > 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	05	Weibull	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder 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	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	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	
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F62B	Herzinsuff. und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit auß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne auß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne auß. schw. CC, ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	05	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F68B	Angeborene Herzkrankheit ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter > 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	05	Log-Normal	ja	nein	ja	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
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten und nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 18 Jahre oder Vorhofverschluss	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofverschluss	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens	06	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G04Z	Adhäsionslyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionslyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dün- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsionslyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dün- / Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt > 2 Jahre u. Alter < 14 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsionslyse od. Rektopexie	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 13 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsionslyse, ohne Rektopexie	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC	06	Weibull	nein	nein	ja	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
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomie oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete		
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Eingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumres. mit best. Eingr. od. kompl. Diag. od. mehrz. Leberkeilexz. m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. ohne endorekt. Vakuumtherapie	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G17A	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G17B	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G18A	Best. Eingr. am Dünn-/Dickdarm od. Anlegen Stoma od. andere Eingr. am Darm m. auß. schw. CC od. Leberkeilexz. m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufw. Eingr. m. auß. schw. CC. m. Komplexbeh. MRE od. m. endorekt. Vak.th.	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/Dickdarm od. Anlegen Enterostoma od. andere Eingr. am Darm m. äußerst schweren CC od. Leberkeilexzision m. sehr komplexem Eingr. od. aufwendigem Eingr. m. äußerst schweren CC, oh. Komplexbeh. MRE, oh. endorektale Vakuumth.	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff, ohne endorektale Vakuumtherapie	06	Log-Normal	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	Anderer 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 ohne bestimmte partielle Magenresektion	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G19B	Anderer Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G19C	Anderer Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel m. äußerst schw. CC od. aufw. Eingriff am Darm, Alter < 16 J.	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel ohne äußerst schw. CC od. aufw. Eingr. am Darm, Alter > 15 J.	06	Gamma	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 oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 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, mit beidseitiger oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	06	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G26A	Anderer Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G26B	Anderer Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
G33Z	Mehrzeitige 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	Log-Normal	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	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	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	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G40B	Anderer komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd. organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als 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 bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	06	Gamma	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 bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
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
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G67C	Ösophagitis, 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
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	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
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H06A	Andere OR-Verfahren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
H06B	Andere OR-Verfahren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
H06C	Andere OR-Verfahren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 11 Jahre, ohne laparoskopische Steinentfernung	07	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	07	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem Quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG egeIV	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOnko
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT	07	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H41C	Best. ERCP mit schw. CC od. kompl. Eingriff oder Alter < 16 J., oh. kompl. Proz. od. and. ERCP, oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. kompl. Eingriff, mit Radiofrequenzabl. und endoskop. Stentimpl. od. and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingrif. m. best. BNB	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H41D	Andere aufwendige ERCP oh. best. ERCP, oh. auß. schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Eingr., oh. Radiofrequenzabl. mit endoskop. Stentimpl., ohne and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingrif. m. best. BNB oder best. endoskop. Eingriffe	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	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
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC	07	Gamma	nein	nein	ja	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	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	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja
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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	07	Gamma	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.	07	Gamma	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 isolationspflichtigen 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	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose	08	Log-Normal	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	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Ingr. an mehr. Lok. od. schw. Weichteilsch., m. auß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumb. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Txm. auß. schw. CC	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Txm. äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	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. Ingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Ingr. an mehr. Lok.	08	Weibull	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. Ingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Ingr. 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 oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	08	Log-Normal	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder best. BNB Knochen oder Alter < 19 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne BNB Knochen. mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKI nderOn ko
108C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandshaltern oder and. komplexen Eingriffen bei kompl. Diagnose od. auß. schw. CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
108D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
108E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
108F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
108G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
108H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
108I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 11 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
109A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
109B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
109C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intensimed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
109D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sek. bösartiger Neub. des Knochens oder mit anderen mehrz. kompl. Eingriffen ohne aufwendige intensimed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
109E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
109F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöcherne Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
109G	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. m. anderen kompl. Faktoren u. Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzabl. od. langstreckige ventrale Osteosynthese der WS	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
109H	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. mit anderen kompl. Faktoren, oh. Frakturen HWS, oh. BNB der Wirbelsäule od. oh. Kyphoplastie od. oh. Radiofrequenzabl., oh. langstreckige vent. Osteosynthese an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
109I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
110A	Andere 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
110B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. auß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. auß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
110C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
110D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
110E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
110F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
110G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
110H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
111Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität	08	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
112A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
112B	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
112C	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
113A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
113B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit auß. schw. od. schw. CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
113C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz. Diag. od. bei Endopr. der oberen Extremit. od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. auß. schw. od. schw. CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
113D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprothetischem Eingriff an der oberen Extremität oder mit Fixateur externe	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
113E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Eingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. od. schw. CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
113F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Eingriff an Unterschenkel und Humerus oder bei BNB oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
113G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne best. Eingriff an Unterschenkel und Humerus, außer bei BNB, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
114Z	Revision eines Amputationstumpfes	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
115A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre	08	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
115B	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
116A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
116B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen			Gesondert betrachtete		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula, Schulter und Oberarm	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen, Alter > 15 Jahre	08	Weibull	nein	ja	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	Log-Normal	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
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen-Transplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese oder Kalkaneusfraktur	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthrits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre	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	Gamma	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. Ingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I23A	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen am Knochen oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Txm. best. Diagn. u. best. Ingr. od. m. äuß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Ingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Ingr. Abdomen od. Thorax od. Txe. Zehe als Fingersersatz	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Txm mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Ingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff ohne komplizierende Faktoren	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmter offen chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung	08	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
I28B	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, > 1 BT	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit bestimmtem Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als 1 Belegungstag oder Alter < 10 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I28D	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I28E	Andere Eingriffe am Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe am Bindegewebe, Alter > 9 Jahre oder 1 BT	08	Gamma	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 best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter < 16 Jahre oder komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter < 18 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
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 Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochenb. bei Pseudarthrose der Hand	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I32B	Eingr. an Handgelenk und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. mit kompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J.	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I32C	Eingr. an Handgelenk und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. mit hochkompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J. oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagn.	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	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen oder Alter < 6 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen	08	Weibull	nein	nein	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 oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität	08	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	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	Gamma	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	Weibull	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 oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, mit äußerster schweren CC	08	Gamma	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 oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerster schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerster schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerster schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk ohne Defekt oder Deformität der Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerster schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerster schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerster schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerster schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerster schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Eingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerster schweren oder schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerster 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 äußerster schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie oder Alter < 16 Jahre mit äußerster schweren oder schweren CC	08	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerster schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerster schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerster schwere CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte	08	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerster schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I66C	Frakturen Becken und Schenkelhals, > 1 Bel.-Tag, mit äußerster schweren CC oder int.-med. Komplexbeh. > 196 / 184 / - AP oder Alter < 1 J. mit kinder- und jugendreumatol. Kompl.-beh. 7 bis 13 Beh.-Tage oder mit best. syst. rheumatologischen Erkrankungen	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstm. quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, > 1 Bel.-Tag, Alter > 0 Jahre, mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage oder Alter < 16 Jahre mit bestimmten Vaskulitiden oder systemischen rheumatologischen Erkrankungen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I66G	Andere Erk. des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, oh. Amyloidose, oh. best. Vaskulitiden, oh. best. syst. rheumat. Erk., oh. äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., oh. Kinder- und jugendrheumat. Komplexbeh.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag, ohne bestimmte Biopsie am Herzen	08	Weibull	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	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit auß. schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, mit kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetraplegie bei Diszitis	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit auß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I69A	Knochenkrankheiten und spez. Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenkrankung bei Para- / Tetraplegie	08	Gamma	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein
I69B	Knochenkrankheiten und spez. Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenkrankung bei Para- / Tetraplegie	08	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I71A	Muskel- und Sehnenkrankungen 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
I71B	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	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
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	Log-Normal	ja	nein	ja	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	Weibull	nein	nein	ja	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	Log-Normal	nein	nein	ja	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
I79Z	Fibromyalgie	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I87Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochenersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochenersatz am Femur, Alter > 17 Jahre	08	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
J02B	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	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
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma m. best. Lymphkn.-Exz. od. auß. schw. od. schw. CC b. BNB od. große Eingr. an der Mamma b. BNB oh. kompl. od. best. Eingr. an weibl. Geschl.-Org. b. BNB mit beids. Eingr. od. best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis od. an Lymphgef.	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei BNB, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff an Ovar od. Plexus brachialis, ohne Eingriff an Lymphgefäßen	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
J11A	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J11B	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J11C	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. oder schw. CC, mit best. Eingr. od. mit Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J11D	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne kompliz. Diag., ohne mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne best. Eingr., ohne Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J14Z	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
J21Z	Anderer Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J22Z	Anderer Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachumoren der Haut oder Erysipel	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	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
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
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik	09	Gamma	nein	nein	ja	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
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	09	Gamma	nein	nein	ja	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
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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre	09	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J64C	Anderer Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre	09	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J67B	Anderer Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre	10	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	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
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, 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
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. auß. schw. oder schw. CC, mit Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingriffe, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K07A	Anderer Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K07B	Anderer Eingriffe bei Adipositas ohne bestimmte größere Eingriffe am Magen oder Darm	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K09A	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit best. Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
K09B	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K09C	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K09D	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ohne mäßig komplexen Eingriff	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexer Radiojodtherapie	10	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie	10	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	10	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre	10	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K63A	Angeborene Stoffwechselerstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
K63B	Angeborene Stoffwechselerstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
K63C	Angeborene Stoffwechselerstörungen, ein Belegungstag	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	10	Log-Normal	nein	nein	ja	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 Blasenektrophie	11	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	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
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	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre	11	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff oder bestimmte Zystektomien, ohne großen Eingriff am Darm	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz. ohne kompl. Eingriff	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKI nderOn ko
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraler Eingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff	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, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff oder ohne CC, ohne komplexen Eingriff, ohne anderen Eingriff	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L16C	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines temporären Elektrodensystems	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L17A	Anderer Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L17B	Anderer Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, 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	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion 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 Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Hamsteinen, mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L20B	Transurethr. Ingr. auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop. oh. ESWL, m. kompl. Eingriff od. and. Ingr. an der Urethra b. Para- / Tetraplegie od. m. ESWL b. Hamst., oh. äußerst schw. CC od. best. Steinentfernung od. Alter < 16 J. od. Alter > 89 J.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L20C	Transurethrale Ingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Hamsteinen, ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
L37Z	Multiviszeraler Eingriff 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 Hamsteinen mit auxilliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Hamsteinen ohne auxilliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Weibull	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	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC	11	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, mit best. aufwendiger Behandlung od. mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern, ohne äußerst schwere CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandl., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufwendige Behandlung	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. auß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. isolationspfl. Erreger, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. und < 6 J. oder Alter < 18 J. mit schw. CC oder Alter > 89 J.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. isolationspfl. Erreger, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre	11	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L64A	Anderer Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L64B	Anderer Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L64C	Anderer Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L64D	Anderer Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem Quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	11	Weibull	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	Log-Normal	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	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag	11	Log-Normal	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie	12	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
M03B	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 J. oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter > 17 J., ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit best. Lymphadenektomie, mit mäßig komplexen Eingriffen am Penis, Alter < 18 J.	12	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M03C	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Eingriffe am Penis, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän oder bestimmte radikale Prostatovesikulektomien oder bestimmte Lymphadenektomie	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
M04C	Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M05A	Zirkumzision oder bestimmte andere Eingriffe am Penis oder bestimmte großflächige Ablationen der Haut	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M05B	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut, ohne Zirkumzision, ohne bestimmte andere Eingriffe am Penis, ohne bestimmte großflächige Ablationen der Haut	12	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds	12	Weibull	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 oder BNB des Penis	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	12	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden	12	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie	12	Weibull	nein	nein	ja	nein	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	Log-Normal	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	12	Gamma	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiszeraleingriff	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiszeraleingriff	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB od. best. Eingriffe am Darm od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äuß. schw. CC, ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
N02D	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff	13	Gamma	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	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N05B	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszeralen und anderen abdominalen Gefäßen außer bei bösartiger Neubildung	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
N07A	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N07B	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff	13	Log-Normal	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, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva	13	Log-Normal	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
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
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB oder kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Embolisation an viszeralen und and. abdominalen Gefäßen bei BNB	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N13B	Große Eingr. an Vagina, Zervix u. Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum od. best. Eingr. an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne auß. schw. od. schw. CC, mit aufwend. Eingr., ohne best. Embol. an visz. u. and. abdom. Gefäßen bei BNB	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N13C	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N14Z	Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariektomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre	13	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	13	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Momenukleation, mit aufwendigem Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Momenukleation, ohne aufwendigen Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Momenukleation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompl. Konstellation	13	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	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
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	13	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit Inkt > 196 / 184 / 184 Punkte	14	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. auß. schw. CC	14	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
O01C	Sectio 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
O01D	Sekundäre Sectio 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	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O01E	Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC	14	Weibull	nein	nein	ja	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
O03Z	Eingriffe bei Extrateringravidität	14	Log-Normal	nein	nein	ja	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
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
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterektomie oder bestimmte Amnionpunktion	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O05A	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft mit intrauterinem operativen Verschluss des offenen Rückens	14	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
O05B	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

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen	14	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
O05D	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, komplexe OR-Prozedur und bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten	14	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation	14	Weibull	nein	nein	nein	ja	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	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen	14	Weibull	nein	nein	ja	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
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
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	14	Log-Normal	nein	nein	ja	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
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
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren	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	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Beatmung > 95 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem	15	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P65D	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem	15	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Aufnahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem	15	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P66D	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKI nderOn ko
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur	15	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Belegungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne bestimmte aufwendige Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen	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	Gamma	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 oder bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus	16	Gamma	nein	nein	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, ohne bestimmte Exzisionen und Resektionen Mediastinum oder Thymus	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	Weibull	nein	nein	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 Granulozytosenstörung, Alter < 16 Jahre	16	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Milzverletzung, oh. Granulozytosenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytosenstörung oder Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC	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	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Q61A	Anderer Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC	16	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Q61B	Anderer Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC	16	Log-Normal	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Q62Z	Anderer Anämie	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre	16	Log-Normal	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	Weibull	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	Weibull	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	Log-Normal	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	Gamma	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	Anderer 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	Anderer 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, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen 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, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen	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	Anderer 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	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
R12C	Anderer 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	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
R13B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
R14Z	Anderer 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	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. u. Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. HLA-Typisierung, Alter < 16 J.	17	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation und Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC, od. HLA-Typisierung, Alter > 15 J.	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete		
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. maß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. auß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. auß. schw. 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	Log-Normal	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	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter 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 Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit auß. schw. CC od. Tumolyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC	17	Weibull	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 isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 J.	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. isolat.pfl. Erreger od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. auß. schw. CC od. Tumolyse-Syndr. od. Blastenkr., ohne kompl. Diag. b. Leuk., ohne schw. CC	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. isolat.pfl. Erreger od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, ohne äußerst schw. CC, Alter > 17 J., ohne intensive Chemoth.	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. isolat.pfl. Erreger	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. isolat.pfl. Erreger	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre	17	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
R62A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein
R62B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
R62C	Anderer 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	ja	nein
R63A	Anderer akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit bestimmter hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R63B	Anderer akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC oder mit anderer hochkomplexer Chemotherapie	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
R63C	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozytose od. Portimpl., mit auß. schw. CC, ohne andere hochkompl. Chemoth. od. mit mäßig kompl. Chemoth. od. kompliz. Konstellation od. Alter < 16 J. mit int. Chemoth.	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R63D	Anderer akute Leukämie mit komplizierender Konstellation oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit intensiver Chemotherapie, Alter < 16 Jahre	17	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R63E	Anderer 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	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R63F	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemoth. oder mit mäßig kompl. oder lokaler Chemoth. mit schwersten CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit äußerst schw. CC od. ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranuloz. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R63G	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
R63H	Anderer akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag	17	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	18A	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation	18A	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	18A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
S65A	Anderer Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC	18A	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
S65B	Anderer Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC	18A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T01B	OR-Prozedur bei inf. und parasitären Krankheiten ohne komplexe Prozedur, ohne kompl. Konstellation mit best. Ingr. bei best. Sepsis oder mit best. Prozedur oder bei Z. n. Organtranspl. mit auß. schweren CC oder mit best. mäßig komplexem Eingriff	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T01C	OR-Proz. bei infekz./parasit. Krankh. oh. best. kompl. Proz., ohne kompliz. Konst., mit best. Ingr. bei best. Sepsis oder mit best. Prozedur oder bei Z. n. Organtranspl., oh. auß. schw. CC, oh. best. mäßig kompl. Eingriff	18B	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T01D	OR-Proz. bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. Proz., ohne kompliz. Konstell., auß. bei Z. n. Organtranspl., ohne best. Eingriff bei best. Sepsis od. ohne auß. schw. CC, oh. best. Prozedur, mit best. anderem oper. Eingriff	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T01E	OR-Proz. bei infektiösen und parasitären Krankh. ohne best. kompl. Prozedur, oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z. n. Organ-Tx, ohne best. Eingriff bei best. Sepsis od. ohne auß. schw. CC, oh. best. Prozedur, ohne. best. anderen operativen Eingriff	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKi nderOn ko
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	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
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt > 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag	18B	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre	18B	Weibull	nein	nein	ja	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
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T63D	Anderer virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T64A	Anderer infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
T64B	Anderer infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T64C	Anderer infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U63Z	Schwere affektive Störungen	19	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit	19	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
V40Z	Qualifizierter Entzug	20	Weibull	nein	nein	nein	ja	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
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
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug	20	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	20	Weibull	nein	nein	ja	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
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W04C	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne bestimmte andere Eingriffe, ohne Beatmung > 24 Stunden	21A	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	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	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne komplizierende Konstellationen, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte andere Eingriffe	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 11 Jahre	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation oder freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder mit schweren Weichteilschäden oder komplexer OR-Prozedur oder best. komplexem Eingriff, mit auß. schweren CC	21B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung							
			Verteilung		Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete	
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRGR egeIV ud	DRG Max Vud	DRGInt ensiv	DRG Onko	DRGKI nderOn ko
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schwere Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne best. mäßig kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, oder 1 BT	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität	21B	Gamma	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	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten 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	Weibull	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	Log-Normal	nein	nein	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	Log-Normal	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. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	22	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.	22	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. 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	Log-Normal	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
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Y62Z	Andere Verbrennungen	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	Gamma	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, mit bestimmtem Eingriff	23	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff	23	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)	23	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik oder invasiver kardiologischer Diagnostik bei Herz-/Herz-Lungen-Transplantation, Alter < 18 Jahre	23	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit best. Radiojoddiagnostik, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei Herz-/Lungen-Tx oder Alter > 17 Jahre, mit bestimmtem Kontaktanlass	23	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbehandl. nach abgeschl. Behandl. oh. Radiojoddiagnostik, oh. inv. kard. Diagn. b. Herz-/Lungen-Tx od. Alter > 17 J., oh. best. Kontaktanlass od. allergolog. Provokationstestung bis 2 BT	23	Gamma	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	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent-Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren	24	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
801C	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiag. mit komplexer OR-Proz. od. and. Eingriff an Kopf u. Wirbelsäule od. mit neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls od. Alter < 1 J. od. bei Para- / Tetraplegie od. Alter < 18 J. u. schw. od. auß. schw. CC	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur	24	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	24	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein