

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2011

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 17. Dezember 2010

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

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	3
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	3
2.2 Datenaufbereitung	4
2.3 Ableitung der Klassifikation	5
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	6
2.5 Zusatzentgelte	8
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	8
3 G-DRG-SYSTEM 2011	9
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	9
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	11
3.2.1 Datenbasis	11
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	11
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	17
3.2.2 Vorschlagsverfahren	18
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	18
3.2.2.2 Beteiligung	19
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	20
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	22
3.3.1 Anpassung der Methodik	22
3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	22
3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	28
3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	31
3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix	34
3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern	35
3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße	36
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	38
3.3.2.1 Abdominalchirurgie	38
3.3.2.2 Augenheilkunde	39
3.3.2.3 Diabetisches Fußsyndrom	39
3.3.2.4 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma	41
3.3.2.5 Erkrankungen der Atmungsorgane	41
3.3.2.6 Erkrankungen der Harnorgane	42
3.3.2.7 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane	44

3.3.2.8	Extremkostenfälle	45
3.3.2.9	Frührehabilitation	46
3.3.2.10	Geburtshilfe und Gynäkologie	46
3.3.2.11	Geriatric	48
3.3.2.12	Handchirurgie	49
3.3.2.13	Intensivmedizin	49
3.3.2.14	Kardiologie und Herzchirurgie	51
3.3.2.15	Onkologie	52
3.3.2.16	Operative „Reste-DRGs“	55
3.3.2.17	Polytrauma	56
3.3.2.18	Querschnittlähmung	57
3.3.2.19	Schlaganfall	59
3.3.2.20	Unfallchirurgie/Orthopädie	60
3.3.2.21	Versorgung von Kindern	63
3.3.3	Bewertung bisher unbewerteter Leistungen	65
3.3.4	Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System	66
3.3.5	Formale Änderungen - Sortierung	68
3.3.6	Erstellung der G-DRG-Versionen aufgrund von ICD- und OPS-Anpassungen	69
3.3.6.1	Überleitung auf die ab 1. Januar 2011 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen	69
3.3.6.2	Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“	70
3.3.6.3	Behandlung nicht identischer Codes ohne „Vorgängerkode“ (neue Codes)	71
3.3.6.4	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	72
3.3.7	Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien	74
3.4	Statistische Kennzahlen	75
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	75
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	75
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	75
3.4.1.3	Zusatzentgelte	76
3.4.2	Analyse des Pauschalierungsgrades	79
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	81
3.4.4	Analyse der Verweildauer	86
3.4.4.1	Verweildauervergleich der Datenjahre 2007, 2008 und 2009	86
3.4.4.2	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	88
4	KALKULATION DER AUSBILDUNGSKOSTEN	92
5	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	96
	ANHANG	97

Abkürzungen

Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BA	Belegabteilung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
CT	Computer-Tomographie
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EEG	Elektroenzephalographie
EKG	Elektrokardiogramm
ERCP	Endoskopisch retrograde Cholangio-Pankreatikographie
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FEV ₁	Forced Expiratory Volume (Einsekundenausatemkapazität)
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 bzw. 2009 (Fallpauschalenvereinbarung 2008 bzw. 2009)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HA	Hauptabteilung
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HWS	Halswirbelsäule

IBLV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ISS	Injury Severity Score
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
KMT	Knochenmarktransplantation
KVM	Klinisches Verteilungsmodell
LDL	Low-Density-Lipoprotein
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
mVWD	mittlere Verweildauer
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OGV	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PPR	Pflegepersonalregelung
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie

Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
s.o.	siehe oben
SZT	Stammzelltransfusion
TAB	Tabelle
TIA	Transitorische ischämische Attacke
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
UGV	Untere Grenzverweildauer
V	Version
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie zu den Kosten- und Leistungsprofilen der einzelnen DRG-Fallpauschalen offen. Damit werden sowohl Besonderheiten bei der diesjährigen Überarbeitung des DRG-Fallpauschalen-Katalogs transparent gemacht als auch den Nutzern die Möglichkeit geboten, eigene Detailanalysen zu besonderen Fragestellungen und für einzelne medizinische Fachgebiete durchzuführen.

Der bisher eingeschlagene Weg, Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland immer besser im Fallpauschalen-Katalog zu berücksichtigen, wurde auch in diesem Jahr konsequent beschritten. Die Abbildungsgenauigkeit im Fallpauschalen-Katalog 2011 hat sich – gemessen an der statistischen Größe der Homogenität – noch einmal verbessert.

Den 263 Krankenhäusern, die freiwillig fallbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung im Rahmen der Kalkulation zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt.

Einen weiteren wichtigen Baustein für die Weiterentwicklung lieferten die Fachgesellschaften, Verbände, Experten und Einzelpersonen aus Krankenhäusern und Krankenkassen, die sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zur Verbesserung der DRG-Klassifikation („Strukturierter Dialog“) beteiligt haben.

Zu wünschen bleibt, dass Krankenhäuser und Krankenkassen weiterhin durch ihre aktive Mitarbeit zur Weiterentwicklung und Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems beitragen. Dies gilt insbesondere auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, durch Teilnahme am Vorschlagsverfahren fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

1 Einführung

Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 sind Schwerpunkt dieses sich an die interessierte Fachöffentlichkeit wendenden Berichts. Das InEK leistet damit einen Beitrag zur Transparenz über die der Weiterentwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise sowie zur Förderung des Verständnisses über Zusammenhänge im G-DRG-System.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständs bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 (Vorschlagsverfahren 2011)“ unterstützte die Arbeiten zur Pflege des G-DRG-Systems. Durch zahlreiche Vorschläge der Medizinischen Fachgesellschaften, der Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weiterer Institutionen flossen Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung ein. Damit erweist sich das G-DRG-System im besten Sinne als „lernendes System“.

Die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wäre ohne die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulation nicht möglich. Die Überarbeitung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen führte zu einer weiteren Erhöhung der Datenqualität der Kostenkalkulation. Von den leicht gestiegenen Voraussetzungen zur erfolgreichen Teilnahme an der Kostenkalkulation unbeeindruckt haben die Kalkulationskrankenhäuser erneut erfolgreich eine Stichprobe mit guter Datenqualität abgeliefert.

Erstmals wurde für 2011 eine Kalkulation der Ausbildungskosten gem. § 17a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durchgeführt. Auf Basis der Ausbildungskostenkalkulation sollen Richtwerte als Zielwert für die Angleichung der krankenhausespezifischen Finanzierungsbeträge nach § 17a Abs. 3 Satz 6 KHG vereinbart werden. An der Ausbildungskostenkalkulation beteiligten sich 91 Ausbildungsstätten.

Die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser und Ausbildungsstätten erhalten für ihr Engagement eine gesetzlich verankerte, pauschalierte Vergütung. Mit dem Systemzuschlag 2010 wurde ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,75 € erhoben. Damit zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern und Ausbildungsstätten 2010 eine pauschalierte Vergütung mit einem Gesamtvolumen von rund 11,3 Mio. €.

Mit einem gemeinsamen Grundsatzbeschluss haben der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Selbstverwaltungspartner) das InEK beauftragt, die Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems auf Grundlage der bisherigen Kalkulationserfahrungen sachgerecht fortzuführen. Diesen Grundsatzbeschluss umsetzend legte das InEK den Selbstverwaltungspartnern am 13. August 2010 den Entwurf eines G-DRG-Systems für 2011 vor. Nach Abschluss der Beratungen der Selbstverwaltungspartner schlossen diese am 23. September 2010 die „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 – FPV 2011)“ ab.

Der Abschlussbericht besteht aus zwei Teilen. Der vorliegende Projektbericht stellt die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse vor, wobei auf die ausführliche Darstellung seit Jahren unveränderter Methoden verzichtet wird. Der Report-Browser enthält die aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse je DRG-Fallpauschale.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Dr. Martin Braun
Abteilungsleiter Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter Ökonomie

Siegburg, im Dezember 2010

2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die wesentlichen im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Die für die Weiterentwicklung für das Jahr 2011 erforderlichen Anpassungen der Methodik werden in Kapitel 3.3.1 im Einzelnen beschrieben. Analoge Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in älteren Projektberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems. Diese stehen auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) zum Herunterladen zur Verfügung.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

Alle dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegenden Krankenhäuser sind verpflichtet, krankenhausesbezogene Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „Daten gem. § 21 KHEntgG“ bezeichnet). Inhalt und Format des entsprechenden Datensatzes werden durch die Anlage der von den Selbstverwaltungspartnern geschlossenen „Vereinbarung über die Übermittlung von DRG-Daten nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG“ definiert.

Ergänzend werden in einer Teilerhebung von freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern Kostendaten zur Verfügung gestellt. Auf Basis der „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“ liefern die Kalkulationskrankenhäuser die um fallbezogene Kostendaten ergänzten Daten gem. § 21 KHEntgG. Die Kalkulationskrankenhäuser mussten bei der Kalkulation der Fallkosten die im Kalkulationshandbuch („Kalkulation von Fallkosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern – Version 3.0“) beschriebene Methodik anwenden.

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

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

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

Datenprüfung

Die von den Krankenhäusern übermittelten Daten wurden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen. Die vom InEK vorgegebene technische Datenprüfung („Fehlerverfahren“) führte die Datenstelle bei der Datenannahme durch. Die inhaltliche Datenprüfung erfolgte durch das InEK. Die nach technischer Prüfung fehlerfreien Daten durchliefen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen auf drei Ebenen:

- Die ökonomischen Prüfungen erstreckten sich auf die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Kostendaten. Auf verschiedenen Analyseebenen (z.B. Krankenhaus, Kostenstellengruppe, Behandlungsfall) wurden die Kosten auf formale und inhaltliche Konformität untersucht.
- Die medizinischen Prüfungen bezogen sich auf die medizinischen Fallinformationen, insbesondere auf die kodierten Diagnosen und Prozeduren. Diese wurden auf Konformität mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und den Regelungen in den Katalogen ICD und OPS geprüft, wobei eine Konzentration auf gruppierungsrelevante Merkmale erfolgte.
- Die medizinisch-ökonomischen Prüfungen nahmen Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und ökonomischen Falldaten vor. Im Rahmen von feldübergreifenden Prüfungen wurden Abhängigkeitsbeziehungen untersucht, die z.B. das Vorliegen und die Höhe von Kostendaten bei bestimmten Diagnose- bzw. Prozedurenkonstellationen betrafen.

Die wesentlichen Schritte zur Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen werden in Kapitel 3.3.1.1 dargestellt. Die Kalkulationskrankenhäuser erhielten zu jeder Datenlieferung einen detaillierten Bericht über das Ergebnis der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen mit der Aufforderung, eine Korrekturlieferung vorzunehmen bzw. plausible Erläuterungen für die markierten Auffälligkeiten zu übermitteln.

2.2 Datenaufbereitung

Im Zuge der Datenaufbereitung wurden die in den Prüfverfahren als fehlerfrei erkannten Datensätze verschiedenen Bereinigungen und Korrekturen unterzogen, um verzerrende Einflüsse aus ungleichen Voraussetzungen der Krankenhäuser auszugleichen und einen einheitlichen Periodenbezug herzustellen:

- Fallzusammenführung: Die DRG-Abrechnungsbestimmungen sehen unter bestimmten Bedingungen die Zusammenführung mehrerer Aufenthalte eines Patienten in einem Krankenhaus zu einem gemeinsamen Aufenthalt vor. Unter Berücksichtigung der Datenfelder „Fallzusammenführung“ und „Fallzusammenführungsgrund“ wurden die Datensätze auf die Bedingungen der FPV analysiert und ggf. nach den Regeln zur Fallzusammenführung zu einem Fall zusammengeführt.
- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz: Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. Die entsprechenden Fälle besitzen keine DRG-Relevanz und wurden in eine separate Datenhaltung überführt.
- Überliegerbereinigung: Als Überlieger galten Behandlungsfälle, die vor dem 01.01.2009 aufgenommen, aber erst 2009 entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung wurden nur Überliegerfälle berücksichtigt, für die das Kalkulationskrankenhaus eine Erklärung über die Vollständigkeit des auf das Vorjahr entfallenden Kostenanteils im Datensatz abgegeben hatte.
- Herkunftskorrektur: Unterschiedliche tarifliche Regelungen führten 2009 in Krankenhäusern aus den neuen Bundesländern zu niedrigeren Personalkosten als in Krankenhäusern aus den alten Bundesländern. Daher wurden die separat ausgewiesenen Personalkosten in den aus Krankenhäusern in den neuen Bundesländern übermittelten Datensätzen mittels eines Korrekturfaktors an die Höhe der für die alten Bundesländer geltenden Tarifsätze angeglichen.

- Korrektur Zusatzentgelte: Für bestimmte Leistungen wurden Zusatzentgelte definiert, die ergänzend zu den Fallpauschalen abrechenbar sind. Alle Falldatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die darauf entfallenden Kostenanteile korrigiert.

2.3 Ableitung der Klassifikation

Berechnung der Verweildauergrößen

Die Fallpauschalenvergütung bezieht sich grundsätzlich auf eine innerhalb einer Regelverweildauer erbrachte Behandlung. Die Regelverweildauer wird durch die untere Grenzverweildauer (UGV) und die obere Grenzverweildauer (OGV) begrenzt. Durch die Festlegung der unteren und oberen Grenzverweildauern wird die für die Weiterentwicklung relevante Datengrundgesamtheit der Inlier definiert.

Die UGV beträgt ein Drittel des arithmetischen Mittelwerts der Verweildauer, mindestens aber zwei Tage. Für explizite Ein-Belegungstag-DRGs wird keine UGV berechnet.

Die OGV wird als Summe aus der mittleren Verweildauer und der zweifachen Standardabweichung berechnet, es sei denn, die zweifache Standardabweichung übersteigt einen fest gewählten Maximalabstand. In diesem Fall beträgt die OGV die Summe aus mittlerer Verweildauer und Maximalabstand.

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

Berechnung der Fallkosten

Für jede DRG des bestehenden G-DRG-Systems (Ausgangsversion) werden die Fälle aller Kalkulationskrankenhäuser – so als stammten sie aus einem Krankenhaus – in einer Datei zusammengefasst (sogenannte „Ein-Haus-Methode“). Der auf dieser Basis berechnete arithmetische Mittelwert der Fallkosten der Inlier bildet die zentrale Grundlage für die Ableitung der Klassifikation.

Berechnung und Bewertung von Klassifikationsänderungen

Den Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation bilden die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens eingegangenen Hinweise und die Ergebnisse InEK-eigener Varianzanalysen.

Die sich aus den Vorschlägen ergebenden unterschiedlichen Änderungsalternativen werden simuliert und das Ergebnis der Simulation in erster Linie im Hinblick auf das erzielte Ausmaß der Varianzreduktion R^2 bewertet. R^2 misst den Anteil der Kostenstreuung, der durch die Klassifikation erklärt wird. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto größer ist die Gesamtgüte des Klassensystems.

Eine ergänzende Analyse untersucht die Auswirkung einer Klassifikationsänderung auf die Zusammensetzung neu gebildeter bzw. veränderter Fallgruppen mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten (HK) der Kosten.

Bei der Analyse der Änderungsvorschläge werden unter Verwendung eines Standard-Splitsets (siehe Tab. 1) verschiedene Alternativen simuliert, bis durch eine weitere Differenzierung der Fallgruppen keine weitere Verbesserung der Varianzreduktion erzielt werden kann, keine weiteren signifikanten Splitkriterien aufgefunden werden und alle

eingegangenen rechenbaren Vorschläge – teilweise auch mehrfach – simuliert und bewertet sind.

Die Berechnungsergebnisse werden mittels der erzielten Varianzreduktion, der veränderten Kostenhomogenitäten, der Kostendifferenz zu benachbarten oder verwandten DRGs sowie der in der Fallgruppe zusammengefassten Fallzahl bewertet. In die Würdigung werden auch auf andere DRGs ausstrahlende Wirkungen einbezogen, die nicht immer, z.B. hinsichtlich der Kostenhomogenität, in allen betroffenen DRGs gleichermaßen positiv ausfallen. Letztlich wird diejenige Änderungsalternative umgesetzt, die in einer Gesamtwürdigung des Ergebnisses den höchsten Beitrag zur Verbesserung der Güte des G-DRG-Systems leistet.

Splitkriterium	Trennung	Trennwerte
Alter	jeweils <	1, 3, 6, 10, 16, 18, 30, 40, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80 Jahre
PCCL	jeweils <	1, 2, 3, 4
Beatmungsstunden	jeweils <	24, 48, 72 Stunden
Entlassungsgrund	jeweils =	079 Tod, 099 Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung, 109/119 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung/Hospiz
Therapie	jeweils =	Strahlentherapie, Chemotherapie, Strahlen- oder Chemotherapie*
Bösartige Neubildungen	jeweils =	Bösartige Neubildungen*

* Die Splits wurden anhand einer Prozeduren- bzw. Diagnosenliste durchgeführt

Tabelle 1: Splitkriterien des Standard-Splitsets

Mit Hilfe dieses Verfahrens wird sowohl die Umsetzung der Vorschläge mit dem stärksten Beitrag zur Güteverbesserung des G-DRG-Systems als auch eine Annäherung an die maximal erreichbare Homogenität unter Wahrung einer handhabbaren Komplexität des G-DRG-Systems gewährleistet.

2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen

Zur Berechnung der dimensionslosen Bewertungsrelationen ist der arithmetische Kostenmittelwert der Fallgruppen durch eine einheitliche, in Euro gemessene Bezugsgröße zu dividieren. Die mittleren Kosten der Fallgruppen resultieren aus den von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Daten, die eine Teilmenge aller in Deutschland behandelten DRG-Fälle repräsentieren. Demgegenüber liegt aus der Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG ein annähernd vollständiges Bild des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland vor.

Zur Kompensation abweichender Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten wurde die Bezugsgröße zur Ableitung der Bewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt. Dabei wurde die Bezugsgröße so berechnet, dass die für den plausibilisierten Datenbestand gem. § 21 KHEntgG ermittelte Summe effektiver Bewertungsrelationen („Casemix für Deutschland“) bei Verwendung des neuen Fallpauschalen-Katalogs konstant bleibt. Dieses Verfahren wird in Kapitel 3.3.1.6 näher erläutert.

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

- Bei Versorgung durch Hauptabteilungen errechnet sich die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der entsprechenden Fallmenge in Hauptabteilungen durch die Bezugsgröße. Diese Bewertungsrelation bildet gleichzeitig die Basis für die analytische Ableitung der Bewertungsrelationen der verschiedenen weiteren Versorgungsformen.

Für die DRGs der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* werden die Bewertungsrelationen für die Versorgung durch Hauptabteilungen bei Betreuung durch Beleghebammen um die Kosten des Kostenmoduls 6.3 pauschal korrigiert.

- Bei belegärztlicher Versorgung errechnet sich unter Beachtung der Kalkulationsbedingungen die Bewertungsrelation durch Division des arithmetischen Kostenmittelwerts der entsprechenden Fallmenge mit belegärztlicher Versorgung durch die Bezugsgröße. Im Übrigen leiten sich die Bewertungsrelationen nach einem analytischen Verfahren aus den Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen ab.

Die Bewertungsrelationen werden für die einzelnen Konstellationen der belegärztlichen Versorgung jeweils separat berechnet.

Die Berechnung der zusätzlichen Entgelte für Langlieger (Verweildauer oberhalb der OGV) bzw. der Abschläge bei Verlegungen und Kurzliegern (Verweildauer unterhalb der UGV) erfolgt auf Basis der mittleren Kosten der Fallpauschale ohne Berücksichtigung der durchschnittlichen Kosten der Hauptleistung.

Für den Kurzliegerabschlag wird eine tagesbezogene Bewertungsrelation auf Basis der UGV berechnet. Zur sachgerechten Abbildung der Kurzlieger in DRGs mit einer UGV von zwei Tagen werden hier die Kosten der Fälle mit einem Belegungstag zugrunde gelegt, sodass sich dadurch „implizite“ Ein-Belegungstag-DRGs ergeben.

Der Berechnung der zusätzlichen Entgelte nach Überschreiten der OGV geht eine Analyse der Kostensituation der Langlieger im Vergleich zur Kostensituation der Inlier voraus. Je nach DRG-spezifischer Kostenverteilung wird die tagesbezogene Bewertungsrelation auf analytischem Wege unter Verwendung eines Grenzkostenfaktors in Höhe von 70%, ohne Berücksichtigung des Grenzkostenfaktors oder mit Hilfe des Medians der Langlieger-Tageskosten berechnet. Tabelle A-1 im Anhang enthält die DRGs, bei denen im G-DRG-System 2011 für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte der Grenzkostenfaktor nicht berücksichtigt oder der Median der Langlieger-Tageskosten herangezogen wurde.

2.5 Zusatzentgelte

Im Rahmen der Regelungen des § 17b Abs. 1 Satz 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) werden Leistungen auf eine Vergütung über Zusatzentgelte untersucht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

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

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

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

2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Eine Versionsüberleitung anhand der Neuordnung der dem G-DRG-System zugrunde liegenden Diagnosen- und Prozedureninformationen wird immer dann erforderlich, wenn zwischen dem der Kalkulation zugrunde liegenden Datenjahr und dem Geltungsjahr des weiterentwickelten DRG-Systems ein Versionswechsel bei den anzuwendenden ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen eingetreten ist.

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

Bei nicht identischen Codes besteht die Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) orientierten klassifikatorischen Überleitung. Teilweise muss hiervon allerdings abgewichen werden. Insofern lassen sich zwei Varianten festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorliegt, bestehen drei Varianten der Berücksichtigung im weiterentwickelten G-DRG-System:

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

Eine detaillierte Erläuterung des Verfahrens findet sich in Kapitel 3.3.6.

3 G-DRG-System 2011

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System 2011 umfasst insgesamt 1.194 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2011	1.194	- 6
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.149	- 5
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	40	- 1
davon rein teilstationäre DRGs	5	0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	+ 1

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System 2011

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2011) befinden sich 82 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 81). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2011) liegt bei 64 (Vorjahr: 62).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 20,2 Mio. Fällen aus 1.649 Krankenhäusern übermittelt. Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser liegt mit 263 um zehn höher als im Vorjahr. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern betrug ca. 3,5 Mio. Fälle und ist im Vergleich zum Vorjahr um 7% angestiegen.

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

- Diabetisches Fußsyndrom

Nachdem durch die im Jahr 2009 etablierte spezifische Kodierung für das diabetische Fußsyndrom im ICD-10-GM in der Weiterentwicklung für das G-DRG-System des Jahres 2011 erstmals umfangreiche Analysen dieses Themas auf breiter Basis ohne Verwendung eines Hilfskonstrukts möglich waren, erfolgten umfangreiche Änderungen der Abbildung des diabetischen Fußsyndroms bei operativen und interventionellen Gefäßeingriffen mit dem Ziel, die vielfach geschilderten Kodierstreitigkeiten in Bezug auf die Wahl der Hauptdiagnose abzubauen.

Im Ergebnis werden diese Fälle mit operativen oder interventionellen Gefäßeingriffen bei diabetischem Fußsyndrom im G-DRG-System 2011 in den bereits vorhandenen spezifischen DRGs der MDC 05 sowie in der neu etablierten Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen* abgebildet. Konservative Fälle werden weiterhin in die Basis-DRG K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen* der MDC 10 *Endokrine, Ernäh-*

rungs- und Stoffwechselkrankheiten eingruppiert. Damit werden ab der G-DRG-Version 2011 Fälle mit operativen oder interventionellen Gefäßeingriffen bei diabetischem Fußsyndrom unabhängig von der kodierten Hauptdiagnose einheitlich und sachgerecht vergütet.

■ Querschnittlähmung

Umfangreiche Umbauten betrafen die unbewertete DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation*. Problematisch waren bisher Fälle, die nach einer aufwendigen Akutversorgung wegverlegt werden und deren hohe Behandlungskosten pro Tag mit dem durch den verhandelten Tagessatz erzielten Erlös unterfinanziert waren. Nach umfangreichen Analysen wurden Fälle mit einer komplexen OR-Prozedur bei gleichzeitigem Vorliegen eines Polytraumas oder einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung mit mehr als 1104 Aufwandspunkten aus der Basis-DRG B61 ausgeschlossen und überwiegend den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC und der MDC 21 *Polytrauma* zugeordnet. Wird zusätzlich eine Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung von mehr als 99 Tagen durchgeführt, werden diese Fälle weiterhin in die Basis-DRG B61 gruppiert. Die Basis-DRG B61 wurde zudem gesplittet, die DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt* enthält Fälle mit hohen Tageskosten durch initial hochaufwendiges Trauma, gekennzeichnet durch einen komplexen operativen Eingriff, eine Verweildauer von unter 14 Tagen und den Entlassgrund „wegverlegt“. In der weiterhin unbewerteten DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* [...] findet sich der Großteil der Fälle, die im G-DRG-System 2010 in die DRG B61Z gruppiert wurden.

■ Operative „Reste-DRGs“

Die sogenannten operativen „Reste-DRGs“ weisen bisher oft einen inhomogenen Inhalt auf (z.B. seltene oder unklar definierte Eingriffe). Vereinzelt kann die Problematik der Mindervergütung bei Mehrleistung bestehen, da diese Reste-DRGs in der Regel nicht mitsortiert werden, sondern am Ende der operativen Partition abgefragt werden. Im Falle einer Einsortierung würde ein Fehlanreiz zur zusätzlichen Kodierung unspezifischer Prozeduren gesetzt. Für die G-DRG-Version 2011 wurden diese Reste-DRGs in sieben MDCs überarbeitet. So wurden beispielsweise in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* spezielle und aufwendige Eingriffe (z.B. offene Osteosynthese der Klavikula) in den Reste-DRGs identifiziert und passenden DRGs, die vorher abgefragt werden, zugeordnet. Außerdem wurden Fälle mit wenig komplexen, klar definierten Eingriffen (z.B. geschlossene Osteosynthese der Klavikula) aus den Reste-DRGs in vorher abgefragte, geringer vergütete DRGs verschoben. Der eingeschlagene Weg der Überarbeitung der Reste-DRGs wird auch in den nächsten Jahren konsequent beschritten werden.

■ Extremkostenfälle

Wie in den vergangenen Jahren waren auch in diesem Jahr die sog. „Extremkostenfälle“ bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Gegenstand intensiver Analysen. Um seltene, aber extrem teure Fälle sachgerecht im System abbilden zu können, wurde erneut eine Vielzahl von Detailveränderungen umgesetzt. Beispielsweise konnten im G-DRG-System 2011 Fälle mit Abstoßung eines Transplantats hämatopoetischer Zellen (Graft-versus-Host Disease) erheblich aufgewertet werden.

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

	G-DRG-System 2010	G-DRG-System 2011	Verbesserung (in %)
R ² -Wert auf Basis aller Fälle	0,7532	0,7563	0,4
R ² -Wert auf Basis der Inlier	0,8406	0,8432	0,3

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2010 und im G-DRG-System 2011
(Datenbasis: Datenjahr 2009)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Im Datenjahr 2009 wurde erstmalig das Datenfeld „Entgeltbereich“ mit den Ausprägungen „DRG“ und „PSY“ übermittelt:

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

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

Den Umfang der regulären Datenlieferungen in den beiden Erhebungen für das Datenjahr 2009 gibt Tabelle 4 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind „davon“-Angaben der Datenerhebung. Die Angaben in Tabelle 4 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung von Datenprüfungen durch das InEK wieder.

Kriterium	Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.649	263
Anzahl Betten	450.144	105.457
Anzahl Fälle	20.205.783	4.868.760

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen, Entgeltbereich „DRG“, Datenerhebung 2009 (Stand: 31. Mai 2010)

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

Die Datensätze aus der Erhebung von Kostendaten bildeten nach Durchführung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen die Grundlage für die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation.

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 4 dokumentierten Umfang von 1.649 Krankenhäusern bzw. 263 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 zeigt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser auf.

Die in die Erhebung von Daten gem. § 21 KHEntgG einbezogenen Krankenhäuser spiegeln die akutstationären Versorgungsstrukturen der jeweiligen Bundesländer wider. Für die Erhebung der Kostendaten konnte dieses Ergebnis aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme nicht erwartet werden. Übereinstimmend stellen jedoch in beiden Erhebungen die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen die größten Anteile einbezogener Krankenhäuser.

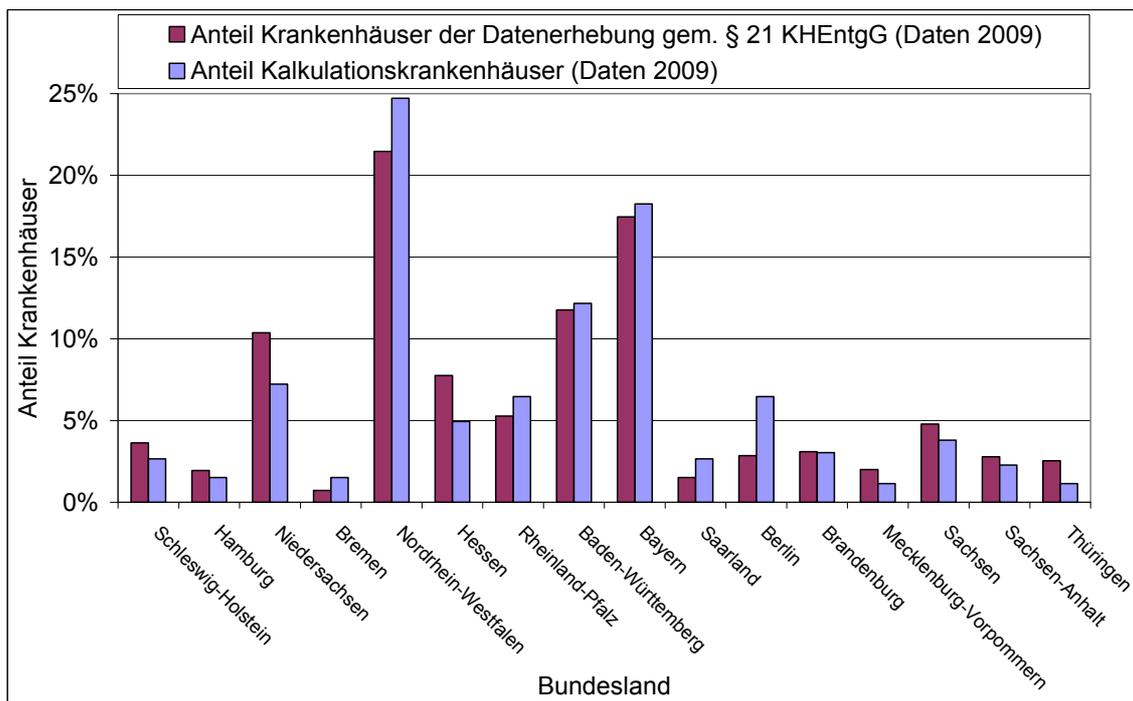


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt die folgende Abbildung 2. Wie schon im vergangenen Jahr wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten mit

einem geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser (häufig Krankenhäuser der Maximalversorgung und zehn Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

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

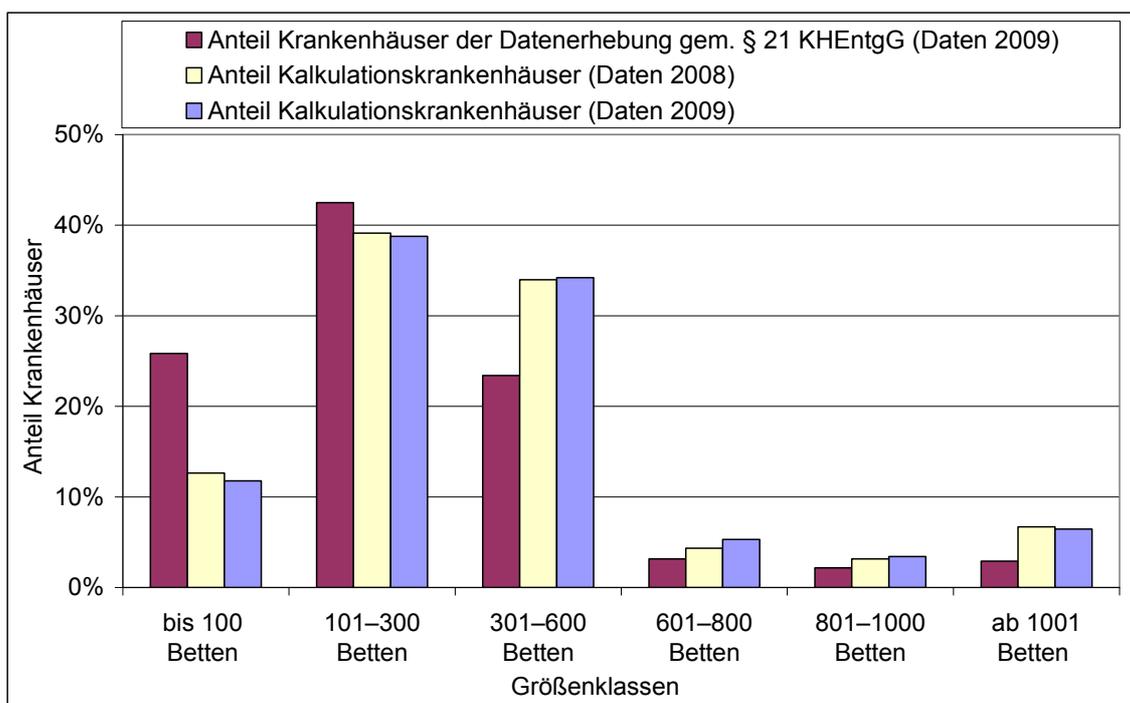


Abbildung 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Auch hier sind im Vergleich der beiden Datenjahre 2008 und 2009 keine wesentlichen Veränderungen in den Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser erkennbar.

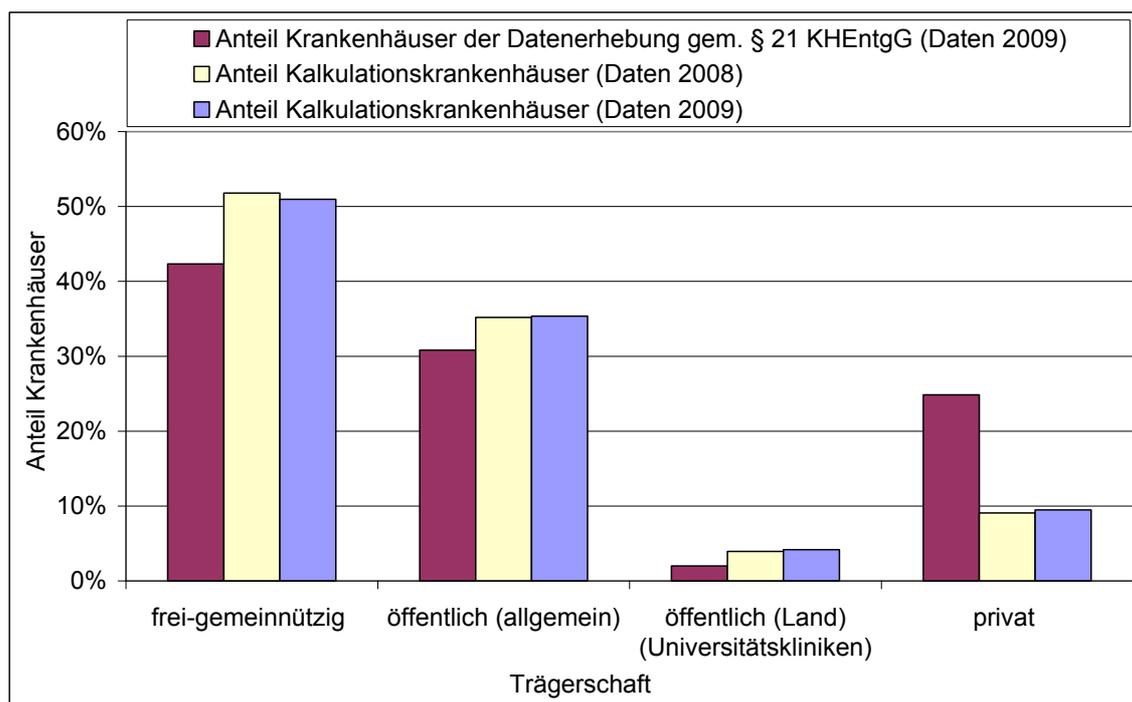


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Umfang der Datenlieferungen

Der Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Daten gem. § 21 KHEntgG betrug nach Angaben der Datenstelle 0,3%. Damit ist die Fehlerquote erneut auf sehr niedrigem Niveau. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG in den Krankenhäusern einen Routinestatus erreicht hat.

Die Datenstelle hat dem InEK Daten zu insgesamt 5.111.972 Fällen der Kalkulationskrankenhäuser bereitgestellt.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (Leistungsdaten ohne Kostendaten: 1,3%; Kostendaten ohne Leistungsdaten: 0,5%) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung: 7,8%; Fälle der Psychiatrie und Psychosomatik bzw. Psychotherapie, die mit Entgeltbereich „DRG“ übermittelt wurden: 0,07%; Begleitpersonen: 3,0%) wurden in eine separate Datenhaltung überführt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die insgesamt bereitgestellten Fälle für den Entgeltbereich „DRG“.

Jeder Fall wies im Durchschnitt 2,7 Prozeduren (bei maximal möglichen 100 Prozedurenangaben je Fall) und 4,1 Nebendiagnosen (bei maximal möglichen 49 Nebendiagnosenangaben je Fall) auf. Die Kostendaten je Fall waren im Durchschnitt in 22,6 verschiedenen Kostenmodulen angegeben.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 4.868.760 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tabelle 4).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 5 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Prozentangaben beziehen sich auf die 4.868.760 geprüften Datensätze.

Bereinigung/Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,2	Herausnahme der durch Zusammenfassung wegfallenden Fälle aus der Datenbasis
Herkunftskorrektur	11,9	Bereinigung Personalkosten (Korrekturfaktor 1,0259 bei Kostenartengruppen 2 und 3)
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,8	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,06	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,4	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	0,9	Bereinigung Sachkosten bzw. Herausnahme aus der Datenbasis
Überliegerbereinigung	0,4	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und –korrekturen (bezogen auf 4.868.760 Datensätze, Entgeltbereich „DRG“)

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1, 2.2 und 3.3.1.1) standen schließlich 3.501.515 Datensätze zur Verfügung. Auf Grundlage der Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen haben sich in Abstimmung mit dem InEK 16 Krankenhäuser für eine Stornierung ihrer insgesamt 420.778 Kalkulationsdatensätze (8,6% der Datensätze) entschieden. Insgesamt wurden 28,1% der 4.868.760 geprüften Datensätze durch Bereinigung sowie Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Die folgende Tabelle 6 zeigt die nach Abteilungsart differenzierten Fallmengen vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen.

Abteilungsart	Fallzahl <u>vor</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen	Fallzahl <u>nach</u> Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen
Versorgung in Hauptabteilung	4.172.187	2.982.797
Belegärztliche Versorgung	92.562	65.941
Teilstationäre Versorgung	604.011	452.777
Gesamt	4.868.760	3.501.515

Tabelle 6: Fallmengen der Kalkulationskrankenhäuser (nur Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten, Entgeltbereich „DRG“) vor und nach Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, differenziert nach Abteilungsart, Datenjahr 2009

Die folgende Abbildung 4 zeigt, dass im Vergleich zur Datenerhebung des Vorjahres der Anteil plausibler Fälle insgesamt mit 72% konstant geblieben ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einerseits die Prüfung auf Datenqualität im Vergleich zum Vorjahr nochmals angehoben wurde und andererseits die Anzahl der Kalkulationskrankenhäuser, die nach Abschluss der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der Datenbasis verblieben sind, gestiegen ist (18 Krankenhäuser mehr).

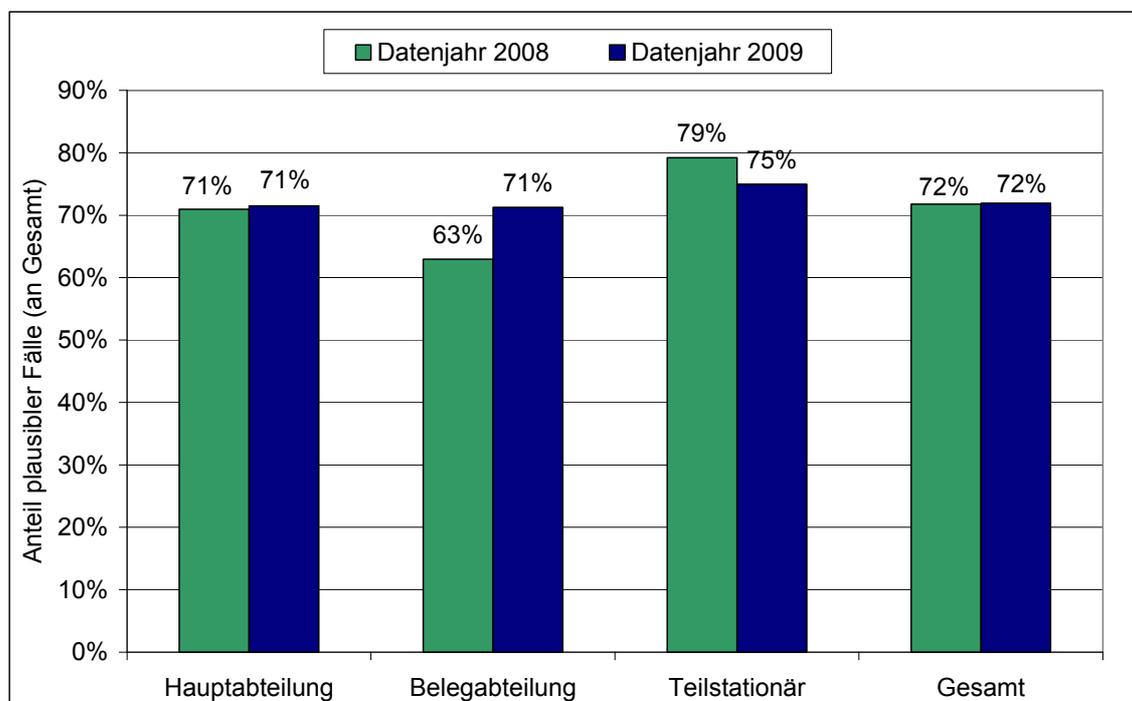


Abbildung 4: Anteil plausibler Fälle in den Datenerhebungen 2008 und 2009

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die Daten gem. § 21 KHEntgG sowie die freiwilligen Lieferungen von Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser zur Verfügung. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen werden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können. Neben dieser Differenzierung der Datenbasis dient die ergänzende Datenbereitstellung dem Verkürzen bzw. Beheben der sogenannten Kalkulationslücke durch die Abfrage von Leistungen und Leistungsdifferenzierungen aus der ICD-10-GM Version 2010 und dem OPS Version 2010 ebenso wie von Leistungen, die in diesen Katalogen noch nicht abgebildet sind. Diese standen in den regulären Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2009 noch nicht zur Verfügung.

Ohne die ergänzende Datenbereitstellung hätten diese Informationen erst in der Kalkulation des Jahres 2011 oder – nach Einführung neuer Codes für 2011 – erst im Jahr 2012 berücksichtigt werden können. Somit verkürzt sich die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich. Damit steht für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung insbesondere innovativer Verfahren ermöglicht.

Wie im Vorjahr war in diesem Jahr die Berücksichtigung einer Vielzahl der im Verfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB-Verfahren) als möglicherweise nicht sachgerecht vergütet angesehenen Leistungen in der ergänzenden Datenbereitstellung möglich. Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellung wurde wie üblich durch das InEK vorgegeben. Die Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen bedeutete für viele Kalkulationskrankenhäuser einen erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand. Vor diesem Hintergrund konnte ein bemerkenswert hoher Datenrücklauf verzeichnet werden, wofür den Kalkulationskrankenhäusern an dieser Stelle ausdrücklich gedankt sei.

Die ergänzende Datenbereitstellung umfasste die folgenden Daten:

- Verfahrensinformationen

Alle Kalkulationskrankenhäuser machten Angaben zu den verwendeten Kalkulationsdaten und -verfahren, auch wenn es einigen wenigen Kalkulationskrankenhäusern in Ermangelung einer Erbringung dieser Leistungen nicht möglich war, fallbezogene Informationen zu übermitteln. Dabei kam es insbesondere darauf an, Kenntnis über die Umsetzung der Einzelkostenzurechnung besonders teurer Sachmittel (Implantate, Blutprodukte, teure Medikamente) in den Kalkulationskrankenhäusern zu erhalten. Viele der hoch spezialisierten Leistungen beinhalten den Verbrauch derartiger Sachmittel, sodass einer differenzierten und vollständigen fallbezogenen Kostenzurechnung besondere Bedeutung zukommt.

- Kostendaten

Kostendaten wurden leistungs- und fallbezogen für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten benötigt, da deren Kosten in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Der Umfang der erhaltenen Daten ist in Tabelle 7 dargestellt:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	228	42.296
Kostendaten zu Medikamenten	235	163.122
Kostendaten zu Neurostimulatoren	53	1.156

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (Übersicht)

■ Leistungsdaten

Im Rahmen der Datenübermittlung waren von den Kalkulationskrankenhäusern alle Behandlungsfälle anzugeben, für die mindestens eine der abgefragten Leistungen erbracht wurde. Zusätzlich waren bei Medikamentengabe das Datum der Gabe und die verabreichte Dosis anzugeben. Insgesamt haben 247 Kalkulationskrankenhäuser 400.523 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 8:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventionellen Verfahren	52	3.094
Falldaten zu Neurostimulatoren	55	1.161
Falldaten zu Blutprodukten	229	42.311
Falldaten zu Medikamenten	236	163.445
Falldaten zur Dialyse	144	12.578
Falldaten Intensivmedizinische Komplexbehandlung	176	177.934

Tabelle 8: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

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

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

3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM Version 2010 bzw. OPS Version 2010 konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden.
4. Gemäß Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011“ (Vorschlagsverfahren für 2011) wurde am 30. November 2009 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Die bereits für 2005 eingeführten Verfahrensänderungen haben sich weiterhin dadurch bewährt, dass eine Vielzahl der Vorschläge frühzeitig eingereicht wurde und es somit möglich war, mit den Vorschlagenden einen intensiven Dialog zur Klärung offener Fragen zu führen. Bei einigen der eingegangenen Vorschlagssendungen wurden zum Teil mehrfach Nachfragen gestellt, was auch in diesem Jahr eine deutliche Verbesserung der Qualität des Vorschlagsverfahrens mit sich brachte.

Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, Name der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Vorschlagsinhalts wurde am 14. Mai 2010 auf der Internetseite des InEK veröffentlicht.

Analog zum Vorgehen in den Vorjahren wurden die Eingaben systematisch aufbereitet und in sogenannte „Minimale Bearbeitungseinheiten“ gegliedert. Die simulierbaren Vorschläge wurden auf Basis der aus den Kalkulationshäusern gelieferten Daten überprüft. Näher beschrieben wird das Verfahren der Simulation und Bewertung vorgeschlagener Änderungen der G-DRG-Klassifikation in Kapitel 2.3. Die nicht simulierbaren Hinweise flossen durch die Schärfung des Problembewusstseins zu den dargestellten Themen in die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein.

Zum Abschluss des Verfahrens informierte das InEK die Absender ausführlich darüber, in welchem Umfang und aus welchen Gründen eingebrachte Vorschläge bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems berücksichtigt wurden.

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren war etwas höher als im Vorjahr. Insgesamt sind 173 Vorschlagssendungen eingegangen. Dabei wurden 96 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 77 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilvorschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich in etwa 745 Vorschläge, was ebenfalls einer höheren Anzahl an Vorschlägen im Vergleich zum Vorjahr entspricht. Dazu kamen ca. 110 Vorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Unfallchirurgie/Orthopädie, Kardiologie/Herz- und Gefäßchirurgie, Polytrauma und Geriatrie ein. Wie bereits im Vorjahr wurde der größte Teil der Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften eingereicht. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen

und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf den Internetseiten des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

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

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Wie schon in den Vorjahren waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Die weiterhin gültige Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems war, Lösungen innerhalb des G-DRG-Systems zu finden. Dies wurde auch in diesem Jahr in sehr unterschiedlichem Maße von den Vorschlagenden berücksichtigt. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangels konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde bereits in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht sowie in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2010 hingewiesen.

Beim Vorschlagsverfahren für 2011 war die Mehrzahl der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (28. Februar 2010) zur Folge.
- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Die Ermittlung von Zusatzentgelten erforderte ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 2.5 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.
- **Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix**

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

Zudem wurden isolierte Änderungen der CC-Ausschlussliste geprüft und teilweise umgesetzt, was eine sehr präzise – wenn auch sehr aufwendig zu simulierende – Methode zur weiteren Verbesserung des PCCL-Schweregradsystems darstellt. Insgesamt konzentrierte sich die Untersuchung auf häufig kodierte,

streitbefangene und vermeintlich aufwendige bzw. nicht aufwendige Diagnosen. Auf die Überarbeitung der CCL-Matrix wird in Kapitel 3.3.1.4 detailliert eingegangen.

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

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Codes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Codes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Codes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, so können sie ab dem Jahr 2011 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2012 in den Kalkulationsdaten zur Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Codes des Jahres 2010 basieren, wurden weitestgehend auf Codes des Jahres 2009 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- **Duplikate**

Wie in den Vorjahren wurden einige Vorschläge text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht. Ein Vorteil ergab sich durch mehrfache Einsendungen nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.
- **Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien**

Bei der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2011 stand in diesem Jahr erneut vor allem die Klarstellung einzelner Kodierrichtlinien im Vordergrund, nachdem bereits in den vergangenen Jahren eine umfangreiche Straffung und Neugestaltung der Deutschen Kodierrichtlinien erfolgt ist. Die Änderungsvorschläge zu den Kodierrichtlinien flossen dabei in die Diskussion ein.
- **Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des G-DRG-Systems**

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2010 abwichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Wiederaufnahmeregelung) ein.
- **Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen**

Wie bereits in den Vorjahren gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2011 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2011) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langlieger-Anteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Aber auch nicht direkt simulierbare Vorschläge wurden bearbeitet und teilweise mittels aufwendiger Analysen untersucht. Etwa 30% der Vor-

schläge konnten direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit in der Größenordnung des Vorjahres. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit erheblich höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge, nämlich bei insgesamt 4.112 Änderungsversionen (ohne CCL-Matrix-Berechnungen).

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen

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

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

Im Zuge der diesjährigen Weiterentwicklung wurden die bereits umfangreichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen ausgebaut und verfeinert. Der inhaltliche Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozeduren-Kodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht dabei im Mittelpunkt der Analyse.

Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten Prüfungen wurde zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK eine intensiviertere Kommunikation gepflegt. Die Krankenhäuser erhielten einen detaillierten fallbezogenen Bericht über das Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen. Ergänzend zum fallbezogenen Bericht erhielten die Krankenhäuser die Ergebnisse der krankenhausbefugenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Die fallbezogenen Fehlerberichte wurden in dieser Kalkulationsrunde erstmals zusätzlich in einem datenbankfähigen Format versandt. Den Kalkulationskrankenhäusern konnte somit ein schneller Zugriff ermöglicht werden, um die fallbezogenen Auffälligkeiten innerhalb der hausindividuellen Kalkulationsumgebung analysieren zu können. Die Krankenhäuser haben auf Grundlage der Reporte die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich waren in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen notwendig, bis die erforderliche Datenqualität erreicht war. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhaushausindividuelle Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln. Dabei wurden teilweise Kalkulationsergebnisse erzielt, die einer handbuchkonformen Umsetzung entsprachen, aber innerhalb der modularen Darstellung der Kostenmatrix auffällig waren. Bei zu großen Abweichungen innerhalb der modularen Struktur wurden die Kalkulationsdatensätze tendenziell nicht für die Kalkulation verwendet.

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

- die berücksichtigten Abgrenzungstatbestände,
- die Summe der Kosten und PPR-Minuten je Kostenstelle,
- detaillierte Abfragen zur Umsetzung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung,
- das Verfahren der Personalkostenverrechnung insbesondere für die Personalkosten des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes,
- detaillierte Abfragen zu den Intensiveinheiten sowie
- Informationen über die Leistungsdokumentation in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie).

Die Kalkulationskrankenhäuser haben sich vertraglich verpflichtet, fallindividuelle Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie an das InEK zu liefern. Dabei mussten je durchgeführter Leistung die für die Kalkulation verwendeten Leistungsdaten (Schnitt-Naht-Zeit, Rüstzeit, Gleichzeitigkeitsfaktor und die für die Kalkulation verwendete Gesamtzeit im Bereich OP sowie Anästhesiologiezeit, Gleichzeitigkeitsfaktor und die für die Kalkulation verwendete Gesamtzeit im Bereich Anästhesie) getrennt für den ärztlichen Dienst und den Funktionsdienst übermittelt werden. Um die krankenhausindividuellen Strukturen besser zu erfassen, musste die Beteiligung externer Ärzte bei operativen bzw. anästhesiologischen Leistungen zusätzlich angegeben werden.

Die Leistungsdaten wurden in einem ersten Schritt systematisch auf Vollständigkeit und formale Korrektheit geprüft, wodurch die Qualität der Daten deutlich angehoben wurde. In einem zweiten Schritt wurde eine erweiterte Analyse der Leistungsdokumentation implementiert:

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

Da die Leistungsdaten in einem engen Zusammenhang zu den Kalkulationsergebnissen im Kalkulationsdatensatz stehen, wurde im letzten Schritt auf Fallebene geprüft, ob sich die angegebenen Leistungsdaten entsprechend in den Kalkulationsdaten widerspiegeln und die ausgewiesenen Kostensätze der Höhe nach plausibel sind. Die fallbezogenen Prüfergebnisse wurden erstmalig in einem eigenständigen Report an das Kalkulationskrankenhaus übermittelt. Die Kalkulationskrankenhäuser erhielten die Ergebnisse der Konformitätsprüfungen der Leistungsdaten in Verbindung mit den Ergebnissen der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem zusammenhängenden Report.

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

Inhaltliche Konformität

Die inhaltliche Konformitätsprüfung zielte auf das Ergebnis der Fallkostenkalkulation hinsichtlich der inhaltlichen Plausibilität der Kalkulationsergebnisse ab. Damit wurde die Konsistenz zwischen kalkulierten Fallkosten und dokumentiertem Behandlungsaufwand sichergestellt. Hierzu wurden bestehende Prüfungen verfeinert und zusätzliche Prüfungen entwickelt, die abstrahierend vom Einzelfall systematische Auffälligkeiten eines Kalkulationskrankenhauses aufdecken sollten.

Die Datenanalyse erfolgte dabei auf drei Aggregationsebenen:

- Krankenhausebene
- Teilbereichsebene
- Fallebene

Prüfungen auf Krankenhausebene

Auf der Krankenhausebene wurde die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft. Integraler Bestandteil dieser Datenprüfungen sind die zusätzlichen Angaben aus den Informationen zur Kalkulationsgrundlage. Dadurch konnte ein von den Einzelfällen unabhängiger Gesamtüberblick über das Kalkulationskrankenhaus gewonnen werden. Die inhaltliche Plausibilisierung der Kalkulationsdaten auf Krankenhausebene umfasste insbesondere die Kalkulationsbereiche mit zentraler Bedeutung für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

Im Zuge der inhaltlichen Konformitätsprüfung wurde sowohl die Zurechnung einzelner Kostenstellen zu den Infrastrukturkosten als auch die Verursachungsgerechtigkeit der Kostenverteilung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen für die medizinischen und nicht medizinischen Infrastrukturkosten analysiert. Zweifel an der Verursachungsgerechtigkeit der Infrastrukturkostenverteilung oder einzelne auffällige Werte führten zu umfangreichen Rückfragen an das Kalkulationskrankenhaus, um entweder den systematischen Kalkulationsmangel aufzudecken oder im selteneren Fall eine plausible, krankenhausindividuelle Erklärung für die Auffälligkeit zu finden.

Da die Personalkosten den größten Kostenblock eines Krankenhauses darstellen, kommt der inhaltlichen Prüfung der Personalkostenverrechnung des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes auf Krankenhausebene ein besonderes Augenmerk zu. Ein Prüfungsschwerpunkt lag auf der Plausibilität der Personalkostenverrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellengruppen unter besonderer Berücksichtigung der Vorgaben zur Mindestdifferenzierung im Kostenstellenplan. Ein zweiter Prüfungsschwerpunkt fokussierte innerhalb einer Kostenstellengruppe auf die Zurechnung der Personalkosten auf die einzelnen Behandlungsfälle. Bei Auffälligkeiten wurde durch intensives Rückfragen geklärt, ob eine besondere krankenhausindividuelle Situation die Auffälligkeit – inhaltlich korrekt – determinierte oder ein systematischer Kalkulationsfehler vorlag.

Die Personalkostenverrechnung des Pflegedienstes wurde insbesondere durch die Analyse der Kalkulationssätze je PPR-Minute auf Kostenstellenebene sowie der Kostenverteilung des Pflegedienstes auf die Kostenstellengruppen u.a. durch Bildung von Kennzahlen für die durchschnittliche Anzahl von Pflegekräften einer Kostenstellengruppe plausibilisiert.

Die verursachungsgerechte Zuordnung von Personal- und Sachkosten auf die Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) ist entscheidend für eine sachgerechte Abbildung intensivmedizinischer Leistungen. Entsprechend wurde u.a. anhand verschiedener Kennzahlen analysiert, ob die zugerechneten Kosten mit den dokumentierten Leistungen in Einklang zu bringen sind. Darüber hinaus wurde geprüft, ob die vorgenommene Gewichtung der Intensivstunden zu einer ausreichenden Kostenspreizung zwischen weniger aufwendigen und sehr aufwendigen Patienten geführt hatte.

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

In den Kostenstellengruppen 4 (OP) und 5 (Anästhesie) wurde geprüft, ob eine mit der Personalkostenzurechnung grundsätzlich korrespondierende Inanspruchnahme in der Leistungsdokumentation zu finden war. Diese Prüfung wurde durch kostenstellenübergreifende Analysen verfeinert, die unplausible Verteilungen der Personalkosten beispielsweise zwischen Normalstation und OP-Bereich oder Kreißsaal und OP-Bereich oder Intensivstation und Anästhesie aufdecken sollten. Zur Sicherstellung einer sachgerechten Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurde die verursachungsgerechte Kalkulation bei dokumentierten aufwendigen Leistungen für radiologische und nuklearmedizinische Großgeräte analysiert. Auffälligkeiten in größerem Umfang wiesen auf einen systematischen Kalkulationsfehler hin und führten zu Rückfragen zur Dokumentationsgüte und zur Verursachungsgerechtigkeit der Kostenzurechnung. Gleichzeitig wurde geprüft, ob die Ergebnisse der Personalkostenverrechnung mit dem Grad des Fremdbezugs radiologischer, strahlentherapeutischer bzw. nuklearmedizinischer Leistungen in Einklang zu bringen waren.

Prüfungen auf Fallebene

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitätsprüfungen wurde der Leistungsbezug durch OPS-basierte Prüfungen erneut gestärkt und in den für die Weiterentwicklung besonders relevanten Bereichen in Ausmaß und Sensibilität ausgebaut. Auf Basis plausibler Kalkulationsergebnisse der vergangenen Jahre wurden leistungs- und/oder mengenabhängige Grenzwerte abgeleitet, deren Über- bzw. Unterschreitung als Auffälligkeit markiert wurde. Hauptaugenmerk der fallbezogenen Plausibilitätsprüfungen ist die Konsistenz zwischen der medizinischen Dokumentation einerseits und dem (ökonomischen) Kalkulationsergebnis andererseits.

Die Zuordnung der medizinischen und nicht medizinischen Infrastrukturkosten auf Fallebene wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen verbessert analysiert. Dabei standen weniger die absoluten Beträge im Fokus des Interesses; vielmehr wurden die relativen Beträge unter Berücksichtigung der gebuchten Einzelkosten sowie eines möglichen externen Leistungsbezugs gegen eine Ober- und Untergrenze geprüft. Auffälligkeiten basierten in der Regel auf Kalkulationsfehlern und konnten sehr häufig nach Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern behoben werden. In seltenen Fällen gab es Auffälligkeiten, die durch plausible krankenhausespezifische Besonderheiten begründet werden konnten.

Medizinisch-ökonomische Plausibilitätsprüfungen

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

- Intensivmedizin
- OP und Anästhesie
- Dialyse
- Leistungen der Funktionsbereiche Kardiologie, Endoskopie und Radiologie

Wie im Vorjahr wurde für alle intensivmedizinisch behandelten Fälle anhand der zur Verfügung stehenden Parameter (u.a. Intensivverweildauer, Beatmung, Diagnosen, Prozeduren, Alter) ein Erwartungswert für die Summe der Punkte nach TISS/SAPS-Score ermittelt und mit dem verschlüsselten OPS-Kode *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* sowie ggf. dem in der ergänzenden Datenlieferung ermittelten exakten Punktwert abgeglichen. Zusätzlich wurde geprüft, ob die in der Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) angegebenen Kosten die mit dem angegebenen Punktwert korrespondierende Kostenuntergrenze erreichte. In einzelnen Fällen führten auch sehr hohe Intensivkosten oder lange Beatmungszeiten ohne Angabe eines OPS-Kodes *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* zu Rückfragen, sofern im betreffenden Kalkulationskrankenhaus die Voraussetzungen zur Verschlüsselung dieser Codes vorlagen.

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

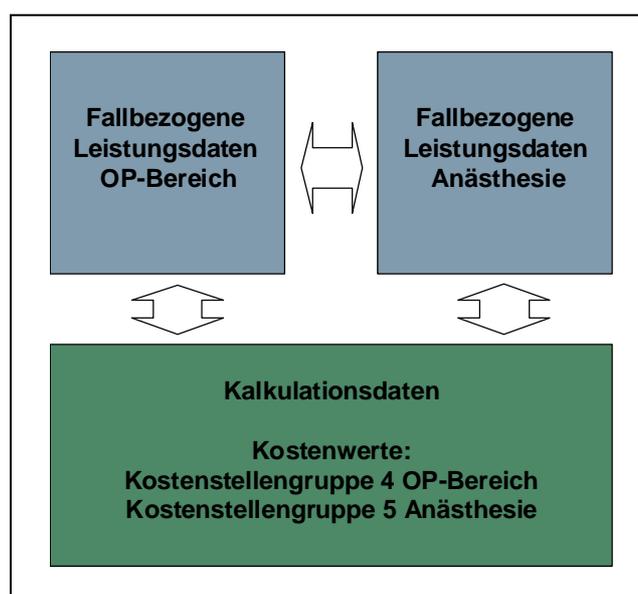


Abbildung 5: Prüfungszusammenhang zwischen fallbezogenen Leistungsdaten OP/Anästhesie und Kostendaten

Wenn ein nach Datenlage unkomplizierter Fall (z.B. eine Entfernung der Gallenblase ohne weitere kodierte Leistung und ohne komplizierende Nebendiagnosen) definierte Obergrenzen deutlich überschritt, führte dies zur Rückfrage beim Kalkulationskrankenhaus. So konnte häufig eine fehlerhafte Erfassung der Leistungsdaten als Ursache der auffälligen Kostenzuordnung erkannt und korrigiert werden. Durch zusätzliche Analysen konnten zahlreiche „Extremfälle“ (beispielsweise auffällig kurze bzw. besonders lange Schnitt-Naht-Zeit oder Anästhesiologiezeit) als Dokumentationsfehler identifiziert werden. Für zahlreiche Leistungen konnten auf Basis der verschlüsselten OPS-Kodes plausible Wertgrenzen für die Kosten des ärztlichen Dienstes und des Funktionsdienstes in OP und Anästhesie definiert werden. Die Qualität der Kalkulationsdaten in den Bereichen OP und Anästhesie wurde durch die Verfeinerung der Prüfungen nochmals erhöht.

Für die Kostenstellengruppe 3 (Dialyse) wurden die Plausibilitätsprüfungen auf der Ebene der einzelnen Dialyseverfahren für alle Kostenartengruppen verfeinert. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die Verbesserung der Wertgrenzen unter Berücksichtigung des eingesetzten Dialyseverfahrens gelegt.

Die Kostenzuweisung in den Funktionsbereichen Kardiologie, Endoskopie und Radiologie lässt sich nicht vollständig OPS-bezogen plausibilisieren, da viele Leistungen dieser Bereiche nicht nach OPS verschlüsselt werden (z.B. Röntgenaufnahme des Thorax). Sehr hohe Kosten in diesen Bereichen sind jedoch in der Regel mit einer kodierbaren Leistung verbunden (z.B. Katheteruntersuchung, Gastroskopie oder CT). Daher erfolgte eine Rückfrage an die Kalkulationskrankenhäuser, wenn bei auffällig hohen Kosten kein OPS-Kode angegeben war.

Die Plausibilisierung der Kosten in der Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) wurde in diesem Jahr für die mit einem OPS-Komplexcode kodierbaren Leistungen verbessert. Dabei wurde auf das Vorliegen von Mindestkosten bei Angabe entsprechender OPS-Kodes (z.B. multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems, Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie) unter Berücksichtigung der in den OPS-Kodes definierten Leistungen und Leistungsmengen geprüft. Dabei standen die Leistungen im Fokus, die in Kostenstellen erbracht werden, die nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs zwingend in Kostenstellengruppe 11 auszuweisen sind.

Medizinische Plausibilitätsprüfungen

Im Rahmen der medizinischen Plausibilitätsprüfungen wurde in gewohnter Weise wieder formal die Kodierung nach den amtlichen Klassifikationen ICD-10-GM und OPS sowie den Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Version überprüft. Ein dabei kontrollierter Sachverhalt war z.B. die korrekte Reihenfolge von Diagnosen in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose, die bei falscher Verschlüsselung eine andere Eingruppierung des Falles zur Folge gehabt hätte. Grundsätzlich beschränkte sich die Überprüfung auf Sachverhalte, die bereits Gruppierungsrelevanz hatten bzw. bei denen dies zu erwarten war. Daher wurden sowohl neue medizinische Plausibilitätsprüfungen etabliert als auch bestehende Prüfungen, die beispielsweise aufgrund von Änderungen im Gruppierungsalgorithmus ihre Relevanz verloren haben, gestrichen.

In den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat vor allem der Bereich der Prüfungen, die die medizinische Plausibilität eines Falles zum Inhalt haben und die Kategorie „Fehler bis erklärt“ aufweisen. Dies bedeutet, dass für die Krankenhäuser die Möglichkeit bestand, die Korrektheit der Kodierung zu erläutern bzw. falls notwendig eine Korrektur des Falles vorzunehmen. Zu einer Rückfrage bei den Krankenhäusern führten in diesem Zusammenhang beispielsweise Fälle mit der Hauptdiagnose Kopf-

schmerz und einer Nebendiagnose für Apoplex. Das Ziel, kostenintensive Fälle zu erkennen, die aufgrund einer nicht korrekt verschlüsselten Hauptdiagnose DRGs zugeordnet wurden, die überwiegend der Abbildung leichterer Krankheitsbilder vorbehalten sind, was entsprechend zu Inhomogenitäten führt, wurde dadurch unverändert weiterverfolgt.

Fazit und Ausblick

Durch die intensivierete Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern konnte die Datenqualität sowohl innerhalb der Korrekturfrist als auch im Vergleich zum Vorjahr deutlich gesteigert werden. Fehlerhafte Einzelfälle bei der Dokumentation der Leistungszeiten im OP-Bereich, in der Anästhesie oder in den anderen therapeutischen (mit Eingriffszeiten zu kalkulierenden) Bereichen konnten dazu führen, dass sich aufgrund der Fehlerdimension eine unplausible Kostenverteilung innerhalb der entsprechenden Kostenstellengruppe ergab. Hatte das Kalkulationskrankenhaus keine Korrekturmöglichkeit, mussten im seltenen Einzelfall die betroffenen Behandlungsfälle von der weiteren Verwendung ausgeschlossen werden. Grundsätzlich wurden alle von einer fehlerhaften Kalkulation betroffenen Datensätze von der weiteren Verwendung ausgeschlossen, wenn das Kalkulationskrankenhaus keine Nachkodierung und/oder Nachkalkulation durchführen konnte.

Die mit der Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik grundsätzlich einhergehende Verfeinerung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sowie der Ausbau der Plausibilitätsprüfungen im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung bewirkten eine gestiegene Datenqualität. Damit konnte erneut eine hervorragende Datengrundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems geschaffen werden. Die Zahl der Kalkulationsdatensätze mit sehr guter Datenqualität ist gegenüber den vorangegangenen Kalkulationsrunden nochmals gestiegen.

3.3.1.2 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

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

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Katalogs 2011 wurden auch in diesem Jahr im Vorfeld der Kalkulation die Plausibilitätsprüfungen erweitert und weitere Analysen durchgeführt.

Kalkulation

Unter der Zielsetzung, auch in diesem Jahr möglichst viele DRGs eigenständig zu kalkulieren und die belegärztlichen Leistungen sachgerecht im Fallpauschalen-Katalog abzubilden, unterzog das InEK die Kalkulationsdaten für belegärztliche Leistungen wiederum zusätzlichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen.

Wie in den Vorjahren wurden der Kalkulation nur Datensätze mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zugrunde gelegt. Die Kalkulationsbedingungen wurden unverändert aus dem Vorjahr übernommen.

Aufgrund der erweiterten Plausibilitätsprüfungen und Analysen im Vorfeld konnte die Datenqualität insgesamt weiter verbessert werden. Aus diesem Grund wurden bei solchen DRGs, bei denen die Verletzung lediglich einer Kalkulationsbedingung vorlag, wie im Vorjahr Individualanalysen durchgeführt. Im Einzelnen wurde geprüft, welches Kriterium verletzt wurde und welchen Einfluss dieses auf das Kalkulationsergebnis der jeweiligen DRG hatte. Konnte durch die Verletzung der Kalkulationsbedingung keine Beeinflussung des Kalkulationsergebnisses festgestellt werden, wurde eine eigenständige Kalkulation auf Basis der übermittelten und plausibilisierten Datensätze durchgeführt. Die Individualanalysen klassifizierten 13 weitere DRGs als eigenständig kalkulierbar (C06Z, C07B, D25D, D61A, E07Z, I10F, I13D, I45A, I59Z, L40Z, M61Z, O01E, O65B).

Mit 54.453 Datensätzen wurden somit 83 DRGs eigenständig kalkuliert – eine Fallpauschale weniger als im Vorjahr. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (siehe Tab. A-2). Aufgrund der bereits erwähnten ausgeweiteten Plausibilisierungen ist die Datenbasis bei gleichbleibendem Homogenitätskoeffizient deutlich gestiegen. Wird die Gesamtheit der gelieferten Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs ähnlich wie im Vorjahr knapp 68% aller abrechenbaren Belegfälle in Deutschland. Die Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung (Spalte 4, Teil b des Fallpauschalen-Katalogs) liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 31,1% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	0	167
Über 10% bis 20%	15	513
Über 20% bis 30%	20	92
Über 30% bis 40%	37	0
Über 40% bis 50%	11	0
Mittelwert (ungew.)	31,1%	13,6%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

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

Normativ-analytische Ableitung

Die Methodik der normativ-analytischen Ableitung wurde unverändert beibehalten. Auf Basis der Verweildauer-Strukturanalyse wurde bei 483 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen (Zuschlag 145 DRGs, Abschlag 338 DRGs). Dadurch wurden die Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung den mittleren Verweildauern der Belegfälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG angepasst. Die Bewertungsrelationen bei den abgeleiteten DRGs liegen im Ergebnis durchschnittlich 13,6% unter denen der entsprechenden Hauptabtei-

lung (siehe Tab. 9). Bei 34% der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 10). Die untere und obere Grenzverweildauer wurden nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 272 Mal abgesenkt und 76 Mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer wurde im Vergleich zur Hauptabteilung 83 Mal abgesenkt und 10 Mal angehoben.

Verfahren	Anzahl DRGs
Zu- und Abschläge durch VWD-Anpassung	483
Nur Abzug Arztkosten	291
Eigenständig kalkulierte DRGs	83
Gesamt	857

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

Für 294 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen. Die Anzahl der DRGs für belegärztliche Versorgung hat sich somit im Vergleich zum Vorjahr um 16 verringert (Vorjahr: 873 DRGs). Für die gesamte MDC 18A HIV konnten auch in diesem Jahr keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung gefunden werden, sodass diese MDC weiterhin nicht im Fallpauschalen-Katalog bei belegärztlicher Versorgung ausgewiesen wird.

Für die übrigen drei Versorgungsformen erfolgte die Kalkulation der Bewertungsrelationen wie üblich separat:

- Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten
- Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleghebammen
- Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten, -anästhesisten und -hebammen

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

3.3.1.3 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

Die Kalkulationskrankenhäuser übermitteln nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs für jeden teilstationären Behandlungstag einen Kalkulationsdatensatz (kontaktbezogene Kalkulation). Die (fallbezogene) Leistungsdokumentation in den Krankenhäusern folgt dagegen der Abrechnungsvorschrift, nach der ein teilstationärer Behandlungsfall durch die Kontakte innerhalb eines Quartals bestimmt wird. Die Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V lässt unter bestimmten Bedingungen die Fortführung eines teilstationären Falles über ein Quartal hinaus zu. Dadurch können dokumentierte Datensätze mit über 100 teilstationären Behandlungstagen entstehen.

Bereits im technischen Fehlerverfahren der Datenstelle wird für Kalkulationskrankenhäuser eine erweiterte Prüfung der Konsistenz von übermittelten Prozeduren und teilstationären Belegungstagen durchgeführt. Teilstationäre Leistungen werden in den Daten gem. § 21 KHEntgG durch die Angabe des Aufnahmegrundes „Krankenhausbehandlung, teilstationär“ gekennzeichnet. Damit identifiziert ausschließlich ein Abrechnungsmerkmal teilstationäre Leistungen.

Unter Berücksichtigung der unveränderten Kalkulationsbedingungen wurden die einzelnen Behandlungstage teilstationärer Leistungen mit Fokus auf die Leistungsabbildung analysiert. Für die Analyse standen 452.777 Datensätze zur Verfügung. Im Mittel wurden 7,5 teilstationäre Behandlungstage (Kontakte) je Fall übermittelt. Wegen der fehlenden teilstationären Leistungsbeschreibung wurde versucht, auf Basis der bestehenden Leistungsdokumentationen teilstationäre DRG-Fallpauschalen zu entwickeln. Im Ergebnis konnten auf Basis der bestehenden Leistungsbezeichner keine sachgerechten teilstationären Fallpauschalen gebildet werden.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung

Für das Datenjahr 2009 wies die Beschaffenheit der Datenmenge für die DRG A90A *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, umfassende Behandlung* und A90B *Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung, Basisbehandlung* eine Verletzung der Kalkulationsbedingungen sowie eine mangelnde Kostendifferenz zwischen den DRG-Fallpauschalen auf, sodass keine Bewertung der beiden Fallpauschalen vorgenommen werden konnte. Die Definition der teilstationären geriatrischen Fallpauschalen wird unverändert im unbewerteten Teil des Katalogs (Anlage 3b) ausgewiesen.

Niereninsuffizienz, teilstationär

In den Fallpauschalen-Katalog wurden drei DRG-Fallpauschalen für teilstationäre Dialysen bei Kindern und Erwachsenen unverändert übernommen. Die Fallpauschale für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) konnte wegen Verletzung der Kalkulationsbedingungen weiterhin nicht bewertet werden. Erstmals konnte die DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* in den bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs aufgenommen werden. Die mittleren Kosten für die teilstationären DRGs L90C *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse* und L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* werden in Tabelle 11 für insgesamt 4.262 Datensätze der L90B und 140.777 Datensätze der L90C in modularer Struktur dargestellt. In den Tabellen 12.1 und 12.2 werden die häufigsten Hauptdiagnosen und in den Tabellen 13.1 und 13.2 die häufigsten Prozeduren abgebildet.

Bezeichnung	Kostenarten- gruppe	Kosten (€)	
		L90B	L90C
Ärztlicher Dienst	1	26,64	31,11
Pflegedienst	2	102,57	82,60
Med.-technischer Dienst	3	1,35	4,39
Arzneimittel	4a	10,69	12,46
Arzneimittel Einzelkosten	4b	0,04	3,89
Implantate/Transplantate	5	0,00	0,00
Übriger med. Bedarf	6a	59,81	47,02
Übriger med. Bedarf Einzelkosten	6b	8,16	3,50
Med. Infrastruktur	7	12,67	18,53
Nicht med. Infrastruktur	8	47,97	41,51
Gesamt		269,91	245,03

Tabelle 11: Mittlere Kosten der teilstationären DRGs L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse und L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2009

Kode	Hauptdiagnose	Anzahl
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	3.951
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	311

Tabelle 12.1: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Datenjahr 2009

Kode	Hauptdiagnose	Anzahl
Z49.1	Extrakorporale Dialyse	89.530
N18.0	Terminale Niereninsuffizienz	47.087
N17.9	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet	4.117
N19	Nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz	37

Tabelle 12.2: Häufigste Hauptdiagnosen der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2009

Kode	Prozedur	Anzahl
8-857.0	Peritonealdialyse: Intermittierend, maschinell unterstützt (IPD)	3.761
8-857.20	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, maschinell unterstützt (APD), mit Zusatzgeräten: Bis 24 Stunden	439
8-857.10	Peritonealdialyse: Kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD): Bis 24 Stunden	62

Tabelle 13.1: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse, Datenjahr 2009

Kode	Prozedur	Anzahl
8-854.2	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	110.176
8-855.3	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	19.140
8-854.3	Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	6.217
8-855.4	Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen	2.113
8-854.4	Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation	1.802

Tabelle 13.2: Häufigste Prozeduren der teilstationären DRG L90C Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre ohne Peritonealdialyse, Datenjahr 2009

Ergebnis

Erstmalig konnte die teilstationäre Dialyse für Erwachsene mit Peritonealdialyse (L90B) kalkuliert werden. Für die drei übrigen teilstationären DRGs (A90A, A90B, L90A) ist ein krankenhausespezifisches Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Die bewerteten teilstationären Fallpauschalen finden sich im Teil c) des Fallpauschalen-Katalogs. Die unbewerteten teilstationären Fallpauschalen finden sich zur besseren Darstellung in Anlage 3b.

3.3.1.4 Überarbeitung der CCL-Matrix

Analog zur Vorgehensweise der vorangegangenen Jahre wurde die veränderte Abbildung von Diagnosen auf Grundlage der bestehenden G-DRG-Version 2009/2010 („teilweise gesplittete Version“) und der durchgängig nach PCCL > 3, PCCL > 2 und PCCL ≤ 2 gesplitteten Version (ausgenommen MDC 15) untersucht („komplett gesplittete Version“). Diese Vorgehensweise ermöglicht eine Beurteilung der Ergebnisse von Veränderungen in der CCL-Matrix nicht nur im Ausgangs-DRG-System, sondern zusätzlich auch in einem „fiktiven“ DRG-System mit allen denkbaren PCCL-Splits. Entscheidungen konnten somit auf einer weit über das Ausgangs-DRG-System hinausgehenden Basis getroffen werden. Darüber hinaus erforderte eine Veränderung der CCL-Matrix in der Regel einen positiven R²-Wert in beiden Systemen sowohl bezogen auf alle Fälle als auch auf Inlier. Somit wurden die fortbestehenden hohen Ansprüche an die objektiven Entscheidungskriterien aufrechterhalten: Veränderungen der CCL-Matrix hatten bei sämtlichen bestehenden und möglichen PCCL-Splits positive Auswirkungen auf das Gesamtsystem zur Voraussetzung. Weitere technische Details zu Änderungen an der CCL-Matrix können den Abschlussberichten der Vorjahre entnommen werden.

Als Ausgangspunkt für die diesjährigen Überprüfungen der CCL-Relevanz von Diagnosekodes dienten Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren. Ergänzt wurden diese durch umfangreiche eigene Analysen. Über 450 Diagnosen wurden hinsichtlich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht. Die Zuweisung einer endgültigen Position in der CCL-Matrix erfolgte dabei unter zusätzlicher Berücksichtigung der Abbildung inhalts- und aufwandsähnlicher Codes. In der Folge wurden 14 Diagnosen in die CCL-Matrix aufgenommen oder dort aufgewertet. Betroffen waren u.a. die Codebereiche B25.- *Zytomegalie*, G04.- *Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis* und U80.- *Erreger mit bestimmten Antibiotikaresistenzen, die besondere therapeutische oder hygienische Maßnahmen erfordern*.

Darüber hinaus wurden zehn Diagnosen aus der CCL-Matrix gestrichen. Dazu gehören insbesondere streitbefangene Codes wie z.B. T88.8 *Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert*. Andere Diagnosen wurden in unterschiedlichem Ausmaß abgewertet, z.B. Codes aus dem Bereich T80.- *Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken*. Außerdem wurden zwei Diagnosen für Pleuraerguss im Rahmen des rekursiven Ausschlussverfahrens in die Ausschlussliste der Diagnosegruppe Herzinsuffizienz aufgenommen, wodurch eine doppelte CCL-Relevanz beider Diagnosegruppen vermieden werden konnte. Dies stellt eine sehr präzise und auch sehr aufwendig zu simulierende Methode zur weiteren Verbesserung des PCCL-Schweregradsystems dar. Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für die G-DRG-Version 2011 findet sich in Tabelle A-3 im Anhang.

3.3.1.5 Einbeziehung von verlegten Fällen und Überliegern

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

Regelhafte Zuordnung der berücksichtigten Verlegungsart je DRG

Die je DRG zur Kalkulation des Relativgewichts herangezogene Fallmenge wurde regelhaft – unverändert gegenüber dem Vorjahr – durch Analyse des arithmetischen Kostenmittelwerts je Verlegungsart bestimmt. Dabei ergeben sich vier Fallkonstellationen, die sich auf die 1.194 DRGs wie in Tabelle 14 dargestellt verteilen (siehe auch Tab. A-4-1 bis A-4-3 im Anhang).

Kalkulationsbasis	Anzahl DRGs	Anteil DRGs (in %)
Nicht verlegte Fälle	226	19
Nicht verlegte und zusätzlich aufnahmeverlegte Fälle	238	20
Nicht verlegte und zusätzlich entlassverlegte Fälle	132	11
Alle Fälle (nicht verlegte und zusätzlich aufnahme- oder entlassverlegte Fälle)	555	46
DRGs ohne Bewertung (Anlage 3a und 3b)	43	4
Gesamt	1.194	100

Tabelle 14: Überblick über die Berücksichtigung der Verlegungsarten im G-DRG-System 2011

Überlieger aus dem Vorjahr

Bei Überliegern handelt es sich um Fälle, die vor dem Jahreswechsel im Krankenhaus aufgenommen und erst nach dem Jahreswechsel aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Die bei diesen Fällen erbrachten Leistungen werden mit den im Aufnahmejahr gültigen Versionen der ICD-10-GM und OPS verschlüsselt.

Überlieger werden soweit möglich im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Dies ist insbesondere sinnvoll, da in dieser Patientengruppe der Anteil an Langliegern und auch an Fällen mit besonders hohen Kosten überdurchschnittlich groß ist. Beispielsweise wäre die DRG A18Z *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* mit einer mittleren Verweildauer von 110,4 Tagen von einer Löschung vieler Überlieger stark betroffen, da rein rechnerisch fast jeder dritte Patient dieser DRG ein Überlieger aus dem Vorjahr ist. Unter den Langliegern dieser DRG ist der Anteil an Überliegern folglich noch höher.

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

- Korrekte Kostenkalkulation
- Überleitbarkeit der verwendeten Codes

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

Eine klassifikatorische Voraussetzung für den Verbleib von Überliegern in den Kalkulationsdaten ist die Überleitbarkeit der Leistungsbezeichner (ICD- und OPS-Kodes). Bei einer Differenzierung von Kodes (von 2008 auf 2009) ist diese unter Umständen nicht gegeben, da für Überlieger (die noch mit undifferenzierten Kodes aus 2008 verschlüsselt sind) keine Information darüber verfügbar ist, mit welchem der inzwischen verfügbaren differenzierten Kodes der Fall 2009 verschlüsselt würde.

Wenn auf Grundlage neu ausdifferenzierter Kodes z.B. eine neue DRG definiert wurde – und daher Fälle, die 2008 mit dem gleichen Code verschlüsselt wurden, 2009 unterschiedliche Gruppierungsergebnisse aufgrund dieser Differenzierung aufweisen –, kann es daher erforderlich sein, nicht überleitbare Fälle aus der Kalkulationsbasis auszuschließen.

In bestimmten Fällen können jedoch auch Fälle mit formal nicht überleitbaren Kodes aus 2008 in der Kalkulationsmenge verbleiben, wenn es sich um eine DRG mit sehr kleinen Fallzahlen handelt und der problematische Code (bei jeder möglichen Überleitungsentscheidung) ohne Gruppierungsrelevanz ist. Beispielsweise sind für die o.g. DRG A18Z nur die Beatmungszeit und ein OPS-Kode (Transplantation) gruppierungsrelevant. Haupt- oder Nebendiagnose haben bei diesen Fällen nie einen Einfluss auf das Gruppierungsergebnis, sodass eine nicht überleitbare Diagnose hier keinen Grund darstellt, einen Überlieger aus der Kalkulationsmenge auszuschließen.

3.3.1.6 Berechnung der Bezugsgröße

Seit dem Fallpauschalen-Katalog 2006 wird die Bezugsgröße so bestimmt, dass auf der nationalen Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland“) bei identischer Datenbasis konstant bleibt. Die effektive Bewertungsrelation ergibt sich aus der Gruppierung des Behandlungsfalls unter Anwendung der Abrechnungsbestimmungen der FPV. Das bedeutet, Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder bei Verlegung sowie zusätzliche Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer werden ebenso berücksichtigt wie Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen und/oder Rückverlegungen. Die Vorgehensweise zur Bestimmung der Bezugsgröße für den Fallpauschalen-Katalog 2011 wurde unverändert fortgeführt.

Zur Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden die Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2009 herangezogen. Sowohl durch die Aufnahme neuer Zusatzentgelte in den Zusatzentgelt-Katalog als auch durch Anpassungen bereits bestehender Zusatzentgelte verändern sich die Erlössummen der Krankenhäuser. Aufgrund des Vollkostenansatzes wurden in der Kalkulationsstichprobe analog die mit den Zusatzentgelten verbundenen Kosten herausgerechnet. Gleichzeitig konnte die bislang unbewertete Fallpauschale B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation* für das G-DRG-System 2011 bewertet und damit von Anlage 3a in den bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs verschoben werden. Des Weiteren konnten Behandlungsfälle aus der in Anlage 3a enthaltenen Basis-DRG B61 *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* dem bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs zugeführt werden. Der damit verbundene Gesamteinfluss auf die Summe der effektiven Bewer-

tungsrelationen konnte für die nationale Ebene geschätzt werden. Für den Fallpauschalen-Katalog 2011 wurde für die veränderte Vollkostenbereinigung bei der Zusatzentgeltkalkulation und die Verschiebung zwischen Anlage 3a und dem bewerteten Teil des Fallpauschalen-Katalogs auf nationaler Ebene eine Gesamtsumme von 7.332 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2010 ergab sich auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2009 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 18.084.944. Unter Verwendung identischer Daten ergab sich für den Fallpauschalen-Katalog 2011 eine Summe effektiver Bewertungsrelationen in Höhe von 18.092.276. Die Differenz der effektiven Bewertungsrelationen beträgt exakt 7.332. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2011 beträgt 2.651,10 €.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 Abdominalchirurgie

Im Bereich der Abdominalchirurgie wurden im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 wiederum nur wenige Vorschläge eingereicht.

Basierend auf Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren erfolgte beispielsweise eine Aufwertung von Fällen mit einer Hauptdiagnose für bösartige Neubildung durch Split der Basis-DRG G17 *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff* sowie eine Aufwertung von Fällen mit einer erweiterten Sigmaresektion, die zuvor überwiegend in den Basis-DRGs G17 *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff* und G18 *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr* abgebildet waren, in die DRG G02Z *Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Stunden*.

Im Rahmen von Analysen zur sachgerechten Abbildung in der Abdominalchirurgie fielen in der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems in einigen DRGs sehr uneinheitliche Fallkosten bzw. auch uneinheitliche OP-Kosten auf. Im Ergebnis erfolgte u.a. ein Umbau der Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*, der aus einer Ergänzung der Splitbedingung der DRG G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur* um die Funktion *Komplexe OR-Prozeduren* mit der Folge einer Aufwertung von Fällen und aus einer Abwertung von Fällen mit bestimmten wenig komplexen operativen Prozeduren (z.B. Debridements an Muskeln, Sehnen und Faszien) innerhalb der Basis-DRG G12 bestand. Weiterhin wurden Fälle mit Nephrektomie und Splenektomie, die bislang in der DRG G12A *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur* abgebildet waren, im Sinne einer Aufwertung in die DRG G10Z *Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz* verschoben.

Weiterhin wurde im Rahmen dieser Analysen unter Einbeziehung der Problematik der Reste-DRGs (siehe auch Kap. 3.3.2.16) die DRG H06Z *Andere operative Eingriffe an hepatobiliärem System und Pankreas* gesplittet, sodass im Ergebnis Fälle mit bestimmten Eingriffen an hepatobiliärem System und Pankreas und komplexer Diagnose wie z.B. akutem Nieren- oder Leberversagen, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation in der neu geschaffenen DRG H06A *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation* aufgewertet werden. Fälle mit selektiver Embolisation mit Partikeln oder embolisierenden Flüssigkeiten an bestimmten Gefäßen werden im Sinne einer Aufwertung in der ebenfalls neu geschaffenen DRG H06B *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation* abgebildet.

3.3.2.2 Augenheilkunde

Aufgrund der Hinweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2011 wurde die Abbildung von Kindern in der MDC 02 analysiert. Im Ergebnis konnte eine neue DRG für Fälle mit einem Alter < 6 Jahre mit aufwendigen Eingriffen wie z.B. komplexen Eingriffen bei Glaukom geschaffen werden. So konnten, obwohl die Fallzahlen in den Herkunfts-DRGs zur Etablierung einzelner „Kindersplits“ typischerweise zu klein waren, aufwendige Eingriffe bei Kindern < 6 Jahren deutlich aufgewertet werden.

Zudem wurde in der Logik DRG C08A *Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)* die Splitbedingung *Extrakapsuläre Extraktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse* neu aufgenommen. Dies führt zu einer Aufwertung von Fällen aus verschiedenen DRGs der MDC 02, insbesondere von Kindern.

3.3.2.3 Diabetisches Fußsyndrom

Die Abbildung des Krankheitsbildes „Diabetischer Fuß“ erfolgte seit der Einführung des G-DRG-Systems in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose entweder in MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* oder in MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*. Durch die Weiterentwicklungen der vergangenen Jahre ergab sich eine hochdifferenzierte Abbildung operativer und interventioneller Gefäßeingriffe in der MDC 05, nicht aber in der MDC 10, wo ein Hauptanteil dieser Eingriffe bislang in der Basis-DRG K01 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen* abgebildet wurde. Ein Beispiel soll diese unterschiedliche Eingruppierung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose verdeutlichen:

Hauptdiagnose	Prozedur	DRG (Version 2010)	Relativgewicht
Typ-2-Diabetes mit diabetischem Fußsyndrom (E11.74)	Resektion und Ersatz (Interposition) an A. tibialis posterior	DRG K01D <i>Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen [...]</i>	1,550
Typ-2-Diabetes mit peripheren vaskulären Komplikationen (E11.50)	Resektion und Ersatz (Interposition) an A. tibialis posterior	DRG F08E <i>Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, [...] mit kompl. Eingriff [...]</i>	2,328

Tabelle 15: Unterschiedliche Eingruppierung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose (G-DRG 2010)

Aus dieser beispielhaft genannten Abhängigkeit der Erlöse von der Wahl der Hauptdiagnose ergab sich ein Konfliktpotential im Sinne von Kodierstreitigkeiten im Hinblick auf die zu kodierende Hauptdiagnose insbesondere bei Vorliegen operativer oder interventioneller Prozeduren, zu denen mehrfache Hinweise der Fachgesellschaften, u.a. im Rahmen des Vorschlagsverfahrens, eingingen.

Als erster Schritt wurde im Jahr 2009 eine spezifische Kodierung für das diabetische Fußsyndrom im ICD-10-GM etabliert, die nun bei der Weiterentwicklung für das G-DRG-System des Jahres 2011 erstmals Analysen auf breiter Basis ohne Verwendung eines Hilfskonstrukts ermöglichte.

Als Ergebnis der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 werden nach umfangreichen Analysen Fälle mit dem Krankheitsbild „Diabetischer Fuß“ mit ope-

rativen oder interventionellen Gefäßeingriffen in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* abgebildet. Dies erfolgt entweder in den bestehenden spezifischen DRGs der MDC 05 oder in der zusätzlich neu etablierten Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen*, die typische operative Eingriffe beim diabetischen Fußsyndrom enthält.

Die Abbildung konservativer Fälle erfolgt weiterhin in der Basis-DRG K60 *Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen* der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*, da diese Fälle in den DRGs K60A-E sachgerecht vergütet und differenziert abgebildet werden und weiterhin in dieser Konstellation keine Kodierstreitigkeiten bekannt waren. Auch für mehrzeitige Eingriffe, die Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, die Frührehabilitation oder die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung erfolgt weiterhin eine Abbildung in den bisherigen DRGs der MDC 10 bei sachgerechter Vergütung.

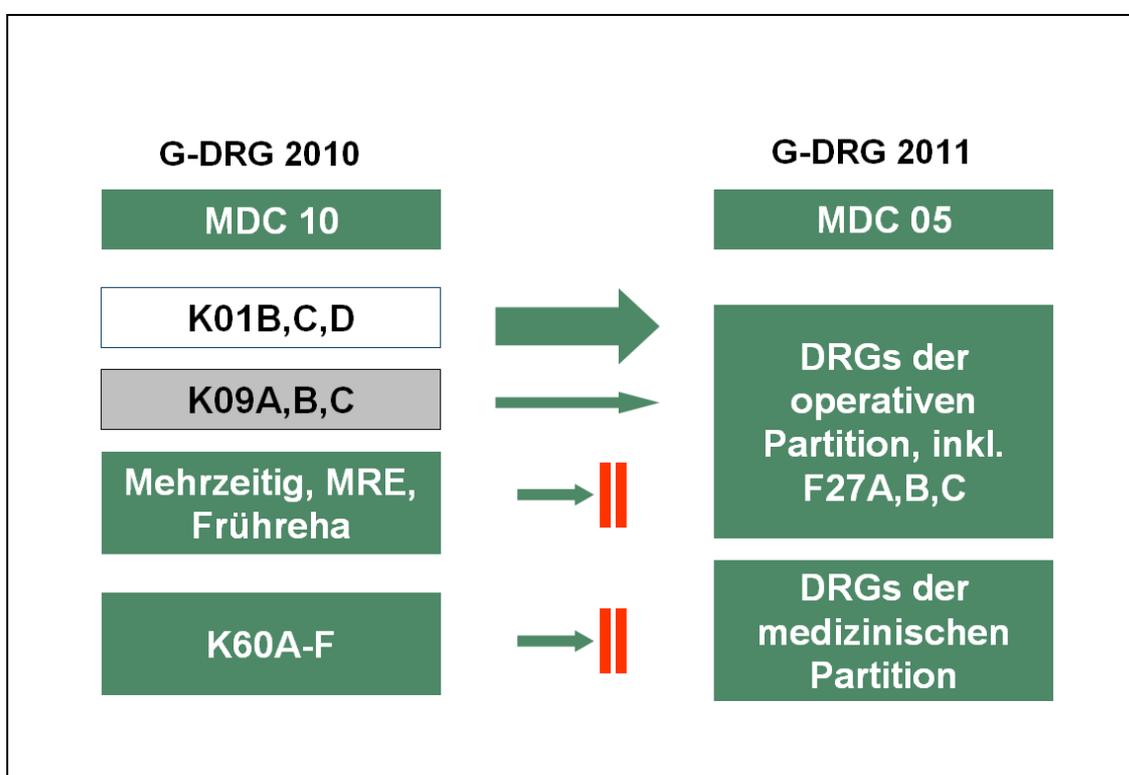


Abbildung 6: Eingruppierung von Fällen mit diabetischem Fußsyndrom (G-DRG 2010 und G-DRG 2011 im Vergleich)

Somit erfolgt ab der G-DRG-Version 2011 eine einheitliche und sachgerechte Vergütung von Fällen mit operativen oder interventionellen Gefäßeingriffen bei diabetischem Fußsyndrom unabhängig von der kodierten Hauptdiagnose, was zum Abbau des Konfliktpotentials bei der Kodierung führen dürfte.

3.3.2.4 Erkrankungen an Haut, Unterhaut und Mamma

Auch in diesem Jahr wurden aufgrund von Vorschlägen im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2011 und eigener Analysen zahlreiche Veränderungen in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* vorgenommen.

Basierend auf einem Vorschlag aus dem Strukturierten Dialog erfolgte eine MDC-übergreifende Kodeverschiebung der Diagnose für *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma] in der Familienanamnese aus der MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* in die MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*, was überwiegend einer Aufwertung dieser Fälle entspricht.

Ebenfalls basierend auf einem eingereichten Vorschlag wurden Fälle mit selektiver Embolisation bei bestimmten Hämangiomen, die bisher in die Basis-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* eingruppiert wurden, in die DRG J11A *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para-/Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom* aufgenommen.

Weiterhin wurde die Logik der DRG J01Z *Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma* so geschärft, dass nur noch Fälle mit bestimmten Hauptdiagnosen (vor allem bösartige Neubildung) im Sinne einer Aufwertung in diese DRG eingruppiert werden. Fälle mit anderen Hauptdiagnosen werden jetzt in der Basis-DRG J02 *Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie außer bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma* abgebildet.

Beispielhaft sind im Folgenden weitere Veränderungen für die G-DRG-Version 2011 aufgeführt, die aufgrund eigener Analysen vorgenommen wurden:

- Erweiterung der Diagnosebedingung („bei bösartiger Neubildung“) verschiedener Basis-DRGs (z.B. J06 *Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung*) um die Diagnosen für bösartige Melanome an bestimmten Lokalisationen
- Kodestreichung bestimmter wenig aufwendiger Eingriffe aus der Splitbedingung der DRG J11B *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para-/Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur*

3.3.2.5 Erkrankungen der Atmungsorgane

Ein Ergebnis der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems war, dass Fälle mit einer kardiorespiratorischen Polysomnographie und ein oder zwei Belegungstagen unabhängig von ihrer Hauptdiagnose in die DRG E63Z *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage* der MDC 04 eingruppiert werden. Somit konnte eine kodierunabhängige und sachgerechte Vergütung der typischen „Schlafapnoefälle“ erreicht werden und Konfliktpotential bezüglich der zu ver-schlüsselnden Hauptdiagnose abgebaut werden.

Die Überprüfung dieses Umbaus im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung bestätigte erneut die Sachgerechtigkeit dieser Lösung. An der sogenannten „Prä-MDC-Umleitung“ wurde jedoch eine Detailänderung dahingehend vorgenommen, dass in der

G-DRG-Version 2011 pädiatrische Patienten (Alter < 16 Jahre) mit kardiorespiratorischer Polysomnographie und ein oder zwei Belegungstagen und einer anderen Hauptdiagnose als *Erkrankungen und Störungen der Atmungsorgane* (MDC 04) nicht mehr der DRG E63Z zugeordnet werden, sondern ggf. auch DRGs der MDC 01, 03 oder 19 erreichen können, was überwiegend eine Aufwertung dieser Fälle darstellt.

Basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren für das Jahr 2011 erfolgte ein Umbau dahingehend, dass Fälle mit Pleurektomie oder Pleurolyse, die bisher der Basis-DRG E05 *Andere große Eingriffe am Thorax* zugeordnet waren, nun im Sinne einer Abwertung dieser unspezifischen Prozeduren in die Basis-DRG E06 *Andere Lungensektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand* eingruppiert werden. Des Weiteren wurden Fälle mit einer offenen Reposition einer Sternumfraktur, die bisher im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose der MDC 04 in die Fehler-DRG eingruppiert wurden, der Basis-DRG E02 *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen* zugeordnet.

3.3.2.6 Erkrankungen der Harnorgane

Nach Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren für 2011 wurde die Abbildung von Fällen mit der operativen Korrektur einer Harninkontinenz, u.a. unter Verwendung von Band-Systemen, untersucht. Der Schwerpunkt der Analyse lag in der Differenzierung einerseits anhand des Geschlechts und andererseits anhand der Prozeduren für adjustierbare Harninkontinenzsysteme. Im Ergebnis konnten Prozeduren für suprapubische Zügeloperationen bzw. Suspensionsoperationen mit alloplastischem Material sowie die Implantation und der Wechsel einer adjustierbaren Kontinenztherapie in die Definition der DRG L06A *Kleine Eingriffe an der Harnblase mit Kontinenztherapie oder äußerst schweren CC* aufgenommen und damit aufgewertet werden. Die differenzierte Berücksichtigung der Implantation adjustierbarer/nicht adjustierbarer Systeme bei Harninkontinenz konnte nicht abschließend untersucht werden, da die spezifischen Codes für diese Leistung erst im OPS Version 2010 unter dem Codebereich 5-594.3 *Suprapubische (urethrovesikale) Zügeloperation [Schlingenoperation]: Mit alloplastischem Material* etabliert wurden und somit erst im kommenden Jahr für eine Analyse zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der diesjährigen Überarbeitung der operativen „Reste-DRGs“ wurden auch die Fälle der Basis-DRG L09 *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane* untersucht. Die diesbezüglich durchgeführten Berechnungen führten zur Aufwertung bestimmter Leistungen innerhalb der Basis-DRG L09. So werden ab 2011 Fälle, welche die Bedingung der Funktion *Komplexe OR-Prozeduren* erfüllen, von der DRG L09C *Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 2 Jahre oder mit äußerst schweren CC, außer Anlage eines Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie* in die DRG L09A *Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC* verschoben und damit aufgewertet. Auch Fälle mit anderen aufwendigen Leistungen wie z.B. Neck Dissection, Implantation von Neurostimulatoren, bestimmte Gefäßeingriffe oder Schilddrüsenresektionen wurden innerhalb der Basis-DRG L09 aufgewertet. Weiterführende Informationen zur Überarbeitung der Reste-DRGs finden sich in Kapitel 3.3.2.16.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren und dem NUB-Verfahren wurde die Abbildung von Fällen mit Fluoreszenzzytoskopie mit Hexaminolävlinsäure (HAL) erneut untersucht. Dabei bestätigte sich die Sachgerechtigkeit des letztjährigen Um-

baus mit Zuordnung der entsprechenden Fälle zur DRG L20B *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC.*

Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren und dem NUB-Verfahren erreichten uns ebenfalls hinsichtlich der Abbildung der Implantation von Doppel-J-Stents in den Ureter. Die umfangreichen Analysen zu dieser Thematik führten zu einer Aufwertung der Prozeduren für die transurethrale und perkutan-transrenale Implantation eines permanenten Metallstents in den Ureter (OPS: 5-560.30 und 5-560.70) von den Basis-DRGs L64 *Harnsteine und Harnwegsobstruktion oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Beschwerden und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie* und L74 *Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para-/Tetraplegie* in die Basis-DRG L20 *Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para-/Tetraplegie* mit gleichzeitiger Aufnahme in die DRG L20B.

Für den Bereich der operativen bzw. interventionellen Behandlungen in der MDC 11 führten zahlreiche Einzelanalysen sowohl zur Aufwertung als auch zur Abwertung von Verfahren. Dies sind u.a.:

- Aufwertung der perkutan-transrenal Einlage einer Ureterschleife innerhalb der Basis-DRG L42 *Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen*
- Kodeverschiebung und damit Abwertung der paraurethralen Injektionsbehandlung sowie der Exzision von periurethralem Gewebe aus den Basis-DRGs L06 *Kleine Eingriffe an der Harnblase* bzw. L08 *Komplexe Eingriffe an der Urethra* in die Basis-DRG L17 *Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para-/Tetraplegie*
- Kodeverschiebung und damit Abwertung der sonstigen Dilatation eines Nephrostomas von den Basis-DRGs L03 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm* und L04 *Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff* in die Basis-DRG L09

In der medizinischen Partition der MDC 11 führten eigene Analysen zu Veränderungen in zwei Basis-DRGs. So wurde das Attribut „Alter > 75 Jahre“ aus der Splitbedingung der DRG L64A *Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre od. mit äußerst schweren oder schweren CC [...] gestrichen, weil dieser Alterssplit nicht mehr mit höheren Kosten der Fälle verbunden war. Die Basis-DRG L69 *Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag* konnte, nachdem sich der PCCL-Split in dieser DRG nicht mehr als geeigneter Kostentrenner zeigte, wesentlich vereinfacht werden und ist in der G-DRG-Version 2011 nur noch anhand der Bedingung „Alter < 16 Jahre“ differenziert.*

Für den Themenbereich „Dialyseverfahren“ ist die Berücksichtigung der Funktion *Dialyse* in der Definition der neuen DRG H06A *Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation* für 2011 erwähnenswert. Ebenfalls als schweregradsteigernd wirken sich hier auch Diagnosen für akutes Nierenversagen aus. Weiterhin konnte die DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse* für 2011 erstmals bewertet werden. Weiterführende Infor-

mationen dazu finden sich in Kapitel 3.3.1.3 „Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen“.

Für das G-DRG-System 2011 ergab sich keine Änderung bezüglich der Zusatzentgelte für Dialyseverfahren. Nähere Informationen über die Verfahren zur Bewertung der Zusatzentgelte enthält Kapitel 2.5.

3.3.2.7 Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane

In der MDC 12 *Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane* sind für den Bereich der operativen DRGs vor allem Änderungen in den Basis-DRGs M01 *Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC* und M04 *Eingriffe am Hoden* hervorzuheben. So wurden bestimmte Prozeduren für Orchidektomie und Lymphadenektomien im Bereich des Beckens bei Vorliegen äußerst schwerer CC in die Definition der DRG M01A *Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC* aufgenommen und damit aufgewertet. Eine Abwertung ergab sich im Gegenzug für Prozeduren für Reduktionsplastik der Harnblase in der Basis-DRG M01, die zukünftig nicht mehr als großer, sondern nur noch als bestimmter Eingriff an den Beckenorganen beim Mann gewertet werden. Damit kommt es zu einer Abwertung von Fällen mit dieser Leistung sowohl innerhalb der Basis-DRG M01 als auch von der Basis-DRG M01 in die Basis-DRG M09 *OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC*.

Ein Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren thematisierte die nicht sachgerechte Abbildung von Fällen mit Fournier-Gangrän beim Mann in der Basis-DRG M04. Daraus resultierte eine Aufwertung dieser Diagnose zum einen durch Aufnahme in die Definition der DRG M04A *Eingriffe am Hoden mit äußerst schweren CC*. Zum anderen werden Fälle mit Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC ab 2011 der DRG 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* zugeordnet. Weiterhin wurde innerhalb der Basis-DRG M04 eine neue DRG durch Split der DRG M04C *Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre* anhand bestimmter Eingriffe am Hoden wie beispielsweise Orchidektomie oder Verlagerung von Abdominalhoden etabliert. Diese Leistungen werden demnach in der G-DRG-Version 2011 in der DRG M04B *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, mit bestimmtem Eingriff am Hoden* abgebildet.

Für den Bereich der transurethralen Eingriffe konnte die transurethrale Laserresektion [Laser-Enukleation] von Prostatagewebe in die DRG M11Z *Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata* aufgewertet werden. Derartige Fälle wurden bisher u.a. der DRG M06Z *Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen* zugeordnet.

3.3.2.8 Extremkostenfälle

Die Problematik der sog. „Extremkostenfälle“ war auch in diesem Jahr ein vieldiskutiertes Thema und beeinflusste die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erheblich.

Um diese Fälle sachgerecht abzubilden, wird innerhalb des G-DRG-Systems jedes Jahr eine Vielzahl von Anpassungen und Detaillösungen vorgenommen. Eine Schlüsselfunktion kommt dabei der Identifikation und Kommentierung extrem teurer Patienten zu. Hierzu wurde ein vom InEK eigens entwickeltes EDV-Tool in den an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäusern eingesetzt. Insbesondere die freitextliche Kommentierung im EDV-Tool, die in dieser Form weder in den regulären noch in den ergänzenden Daten möglich ist, liefert wertvolle zusätzliche Hinweise zur Analyse hochteurer Fälle.

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

Für 2011 wurden u.a. umgesetzt:

- Verbesserte Abbildung von Fällen mit Abstoßung eines Transplantats hämatopoetischer Zellen mit bestimmten Leistungen in der Basis-DRG A36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkten bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantats hämatopoetischer Zellen*
- Aufwertung von Fällen mit besonders komplexen handchirurgischen Leistungen (u.a. Transplantation von Zehen als Fingersersatz) durch Aufnahme in die DRG I32A *Eingriffe an Handgelenk und Hand [...] oder mit aufwendigem rekonstruktiven Eingriff bei angeborener Fehlbildung der Hand*
- Aufwertung von Kindern mit bestimmten Prozeduren bei Neuroblastom in der DRG K03A *Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre* (vorher hauptsächlich DRG K09A *Anderere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...]*)
- Aufwertung von Fällen mit hochaufwendigen Eingriffen an der Schilddrüse, z.B. Thyreoidektomie durch Sternotomie bei bösartiger Neubildung durch Ergänzung der DRG K06A *Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie*
- Innerhalb der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation* wurden sowohl Fälle mit den Diagnosen für intrakraniellen und intraspinalen Abszess und Granulom als auch Fälle mit den Prozeduren für Inzision (Trepanation) und Exzision an Schädel, Gehirn und Hirnhäuten mit Zugang durch die Schädelbasis und Anlegen eines Bypasses und Transposition von intrakraniellen Blutgefäßen aufgewertet.

3.3.2.9 Frührehabilitation

Die verschiedenen Konstellationen der Frührehabilitation werden im G-DRG-System 2011 unverändert in 17 Frührehabilitations-DRGs, verteilt über 8 MDCs, abgebildet. Diese DRGs sind bis auf die Basis-DRG B42 weiterhin über krankenhaushausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vergüten, was es dem Leistungserbringer ermöglicht, eine differenzierte Vereinbarung vor Ort zu treffen, die dem jeweils vor Ort entstehenden Aufwand gerecht wird. Ein Anhaltspunkt zur Etablierung weiterer DRGs für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation zeigte sich bei einer einerseits geringen Anzahl von Fällen in den Kalkulationsdaten, die nicht in einer spezifischen DRG für die Frührehabilitation abgebildet werden, und andererseits sachgerechten Abbildung der Fälle nicht.

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 gingen lediglich zwei Vorschläge zum Themenbereich der neurologisch-neurochirurgischen bzw. fachübergreifenden Frührehabilitation ein. Ein Vorschlag zur Änderung des OPS-Kodes für fachübergreifende und andere Frührehabilitation wurde an das DIMDI weitergeleitet. Weiterhin wurde vorgeschlagen, ein Zusatzentgelt für die fachübergreifende Frührehabilitation, differenziert nach der Behandlungsdauer, zu schaffen. Es zeigte sich allerdings in den Analysen kein Hinweis auf eine prinzipielle Untervergütung, sodass sich kein Anhaltspunkt zur Etablierung eines Zusatzentgelts ergab.

Im Ergebnis war eine Weiterentwicklung der Abbildung der Frührehabilitation bzw. die Bewertung weiterer DRGs nicht möglich, da trotz einer leicht gestiegenen Teilnahme der Fachkliniken an der Kalkulation diese in der Kalkulationsstichprobe deutlich unterrepräsentiert waren.

3.3.2.10 Geburtshilfe und Gynäkologie

Geburtshilfe

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für das Jahr 2011 wurden schwerpunktmäßig folgende Bereiche untersucht:

- Differenzierung der Basis-DRG O01 *Sectio caesarea oder Thromboembolie während der Gestationsperiode mit OR-Prozedur* anhand von primärer und sekundärer Sectio caesarea
- Abbildung komplexer Diagnosen in der Basis-DRG O65 *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme*

Erneut im Fokus der diesjährigen Untersuchungen stand die seit der G-DRG-Version 2010 etablierte Differenzierung nach primärer/sekundärer Sectio caesarea in der Basis-DRG O01. Hier werden die Prozeduren für „sekundäre Sectio caesarea“ bereits in der Definition der DRGs O01D *Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst. od. m. kompliz. Diag., 26 - 33 SSW od. m. kompl. Diag. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., oh. äuß. schw. CC, O01E Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose* und O01F [...] *oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen* berücksichtigt. Der seinerzeit in den Vorschlägen beschriebene unterschiedliche Ressourcenverbrauch bei

einer primären im Vergleich zu einer sekundären Sectio caesarea wurde erneut überprüft. Die Kostendifferenz zwischen einer primären vs. einer sekundären Sectio caesarea, die für 2010 zur Schaffung spezifischer DRGs für diese Leistungen geführt hatte, war weiterhin nachweisbar. Die letztjährig eingeführte Differenzierung nach primärer bzw. sekundärer Sectio caesarea wurde somit bestätigt. Zur Unterstützung der Verschlüsselung wurde die DKR 1525j *Primärer und sekundärer Kaiserschnitt* durch Aufnahme von zwei Beispielen zur Erläuterung der Kodierung einer primären und einer sekundären Sectio caesarea erweitert.

Aufgrund eigener Analysen hinsichtlich der Abbildung bestimmter komplexer Diagnosen innerhalb der Basis-DRG O65 wurde die Definition der DRGs O65A *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen* und O65B *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äuß. schw. oder schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne äuß. schw. oder schw. CC, ohne komplexe Diagnose, 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW)* durch Aufnahme verschiedener Diagnosekodes wie z.B. Mehrlingsschwangerschaft oder Rhesus-Isoimmunisierung in die Tabelle der schweren Erkrankungen in der Schwangerschaft erweitert. Bisher führten derartige Diagnosen nur zur Zuordnung in die DRG O65A oder O65B, wenn sie als Hauptdiagnose vorlagen. Dies wurde nun zusätzlich auch auf Nebendiagnosen ausgeweitet. Demnach werden ab 2011 Fälle mit einer schweren Erkrankung in der Schwangerschaft, die bisher in die DRGs O65B oder DRG O65C *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 26 oder mehr als 33 vollendete Wochen* eingruppiert wurden, in Abhängigkeit von der Schwangerschaftsdauer nun in den DRGs O65A bzw. O65B abgebildet und somit aufgewertet.

Gynäkologie

Auch in der MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* wurde im Rahmen der Extremkostenanalyse für verschiedene Konstellationen eine erneut verbesserte Abbildung geschaffen, u.a. mittels der Funktion *Multiviszeraleingriff*. Für Fälle der MDC 13 wurde hier die Exzision erkrankten Gewebes am Zwerchfell aufgenommen. Zukünftig werden Fälle mit dieser Leistung und einem weiteren aufwendigen Eingriff an einem anderen Organsystem statt in die DRG N01C *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraleingriff* in die DRG N01B *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraleingriff* im Sinne einer Aufwertung eingruppiert.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren wurde in der MDC 13 die Abbildung von Prozeduren für selektive Embolisation mit Partikeln oder Metallspiralen an anderen abdominalen Gefäßen (OPS: 8-836.k9, 8-836.m9) untersucht. In der G-DRG-Version 2010 wurde diese Leistung der Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie* zugeordnet, wobei der Großteil der Fälle in die DRG N01E *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC* eingruppiert wurde. Die durchgeführten Analysen zeigten, dass Fälle mit diesem Attribut nicht so teuer waren wie die übrigen Fälle der DRGs der Basis-DRG N01. Daher erfolgte für 2011 eine Verschiebung und somit Abwertung dieser Leistung in die DRG N04Z *Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder*

schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisation an anderen abdominalen Gefäßen.

Die Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ wurde im Vorschlagsverfahren im Zusammenhang mit der Basis-DRG N11 *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen* vorgetragen. Dies führte auch bei dieser – wie bei vielen anderen sogenannten „operativen Reste-DRGs“ – zu einer generellen Überarbeitung. Anstelle des Splitkriteriums „äußerst schwere oder schwere CC“ wurde nach spezifischeren Attributen zur Abbildung unterschiedlicher Schweregrade in der Basis-DRG N11 gesucht. Im Ergebnis wurde der zweifache Split der Basis-DRG N11 anhand des PCCL gestrichen und durch einen einfachen Split anhand einer spezifischen Kodeliste für bestimmte Eingriffe wie z.B. Lymphadenektomien, Splenektomien, Eingriffe am Darm oder Ureterersatz ersetzt. Dies ermöglichte auch eine Sortierung der DRG N11A *Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff* in der operativen Partition.

Eigene Untersuchungen wurden durchgeführt bezüglich der Abbildung von Fällen mit Brachytherapie der weiblichen Geschlechtsorgane. Diese wurden bisher unabhängig von der Verweildauer in die DRG N09Z *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC* eingruppiert. Ab 2011 werden Fälle mit mehr als einem Belegungstag der DRG N16Z *Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag* zugeordnet und damit aufgewertet. Die DRG N09Z wurde anhand der Prozeduren für Brachytherapie differenziert, was zukünftig zur Abbildung von Fällen mit einem Belegungstag in der DRG N09A *Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag* ebenfalls im Sinne einer Aufwertung führt.

Eine Änderung haben auch Prozeduren aus dem Codebereich 9-278 *Andere Behandlung der weiblichen Infertilität* erfahren. Diese werden nun als NonOR-Prozedur ausgewiesen, was zukünftig die Zuordnung wenig aufwendiger Fälle in die Basis-DRG 901 *Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose* vermeidet und zu einer sachgerechten Einordnung des Falles in eine DRG der medizinischen Partition führt.

3.3.2.11 Geriatrie

Im Rahmen des Strukturierten Dialogs zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011 erreichte uns in diesem Jahr eine deutlich höhere Anzahl an Vorschlägen zum Thema Geriatrie. Die Analyse dieser Vorschläge – mehrheitlich zur Etablierung von DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in weiteren MDCs bzw. zur Differenzierung der Abbildung der Geriatrie in MDCs mit bereits bestehenden Geriatrie-DRGs – erbrachte die Etablierung der neuen DRG J44Z *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*. Ein Hinweis zur Etablierung weiterer DRGs zeigte sich im Rahmen der Analysen sowohl wegen einer geringen Fallzahl in den vorgeschlagenen MDCs als auch wegen einer sachgerechten Abbildung der betroffenen Fälle nicht.

Da sich in den Analysen kein Hinweis auf eine prinzipielle Untervergütung zeigte, ergab sich ebenfalls kein Anhaltspunkt zur Etablierung eines Zusatzentgelts bei nun bereits 16 bestehenden DRGs für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei vollstationärer Versorgung in zehn verschiedenen MDCs.

3.3.2.12 Handchirurgie

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

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

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung zum G-DRG-System 2011 zeigten sich die in dieser DRG eingesetzten Definitionskriterien durchweg als weiterhin geeignet für eine aufwandsgerechte Eingruppierung. Ausgehend von Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren – mit erneut sehr reger Beteiligung der Fachgesellschaften zur Thematik Handchirurgie – ergaben sich weitere Verbesserungen im Detail:

- Aufwertung besonders komplexer Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen der Hand in die DRG I32A. Dies betrifft den Eingriff „Transplantation einer Zehe als Fingerersatz“ wie auch aufwendige beidseitige Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen.
- Ergänzung der Diagnosentabelle für „schwere rheumatische Erkrankungen der Hand“ um weitere Codes
- Streichung der Prozedurenkodes für „totale Synovialektomie an Sehnen und Sehnenscheiden des Handgelenks“ aus der Tabelle für wenig komplexe Eingriffe an der Hand, was einer Aufwertung der betroffenen Fälle – die typischerweise ebenfalls rheumatische Diagnosekodes aufweisen – entspricht.

3.3.2.13 Intensivmedizin

In den vergangenen Jahren ist der Themenbereich Intensivmedizin innerhalb des G-DRG-Systems sehr präzise ausdifferenziert worden. So finden in diesem Gebiet multiple aufwandsrelevante Faktoren Berücksichtigung, wie z.B. Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen verschiedener Komplexität, Beatmungszeit, TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) / SAPS (Simplified acute physiology score) u.v.a.m. Ein Schwerpunkt der letzten Jahre waren die Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung (OPS 8-980).

In den fallzahlstarken MDCs existieren eigene DRGs für Fälle mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung. Alle anderen Fälle ab 553 Aufwandspunkten wurden bislang in der gemeinsamen DRG A36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen* auf Prä-MDC-Ebene abgebildet. Diese DRG war somit charakterisiert durch Fälle, denen bei verschiedener Grunderkrankung eine hochaufwendige Intensivtherapie ohne Langzeitbeatmung gemein war.

Einer Anregung aus dem Vorschlagsverfahren für 2011 folgend wurde zunächst eine Differenzierung der DRG A36Z anhand einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ab 1657 Aufwandspunkten simuliert. Diese Lösung konnte allerdings wegen einer

zu geringen Anzahl betroffener Fälle nicht isoliert umgesetzt werden. Es zeigten sich aber innerhalb der DRG A36Z sehr kostenintensive Fälle mit Graft-versus-host-Krankheit (GVHD). So wurde im Ergebnis die DRG A36Z anhand der Bedingung „...ab 1657 Aufwandspunkten oder bei Versagen und Abstoßung eines Transplantats hämatopoetischer Zellen“ gesplittet. Durch die entstandene DRG A36A konnten diese Extremkosten-Fälle erheblich aufgewertet werden (ca. 550 Fälle in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG).

Bei weiteren Analysen fanden sich in der DRG A61Z *Versagen und Abstoßung eines Transplantats hämatopoetischer Zellen* ebenfalls untervergütete Fälle mit der Diagnose Graft-versus-host-disease und komplizierender Konstellation, die der neuen DRG A36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 und < 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantats hämatopoetischer Zellen* zugeordnet wurden.

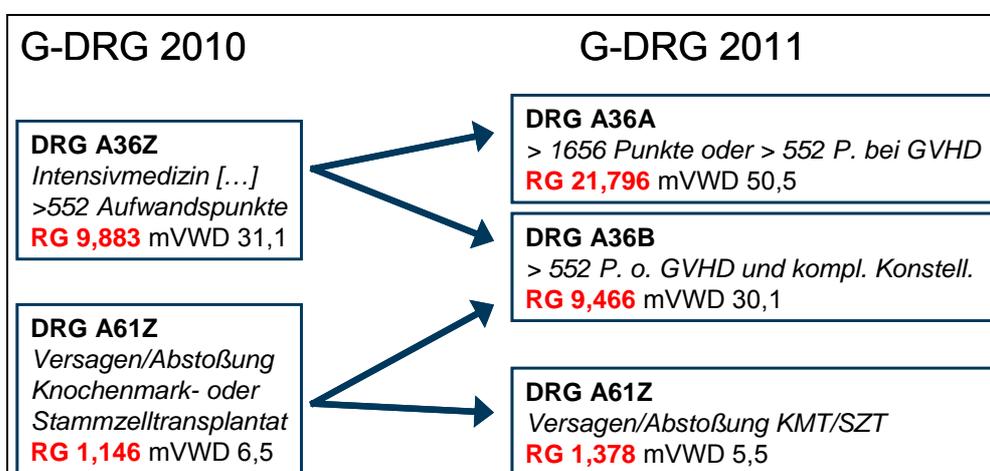


Abbildung 7: Umbau Graft-versus-host-disease

Dieser Umbau erforderte aufgrund der hohen mittleren Kosten der DRG A36A auch eine deutlich frühere Abfrageposition dieser DRG, die wiederum zu steigender Fallzahl und weiterer Zunahme der mittleren Kosten führte. Somit ergab sich eine Aufwertung von Fällen mit einer hochaufwendigen Intensivtherapie, vor allem aus den Beatmungs-DRGs sowie der Basis-DRG A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene*. Die Migration sehr teurer Fälle in die neue DRG A36A führte teilweise zu sinkenden Relativgewichten der Herkunfts-DRGs, beispielsweise der DRGs A04C und A04D.

Ein weiterer Umbau innerhalb des Themenkomplexes Intensivmedizin betraf Fälle mit systemischer Thrombolyse durch therapeutische Injektion (OPS 8-020.8), die innerhalb der Basis-DRG *Beatmung > 95 und < 250 Stunden* aus der DRG A13G in die DRG A13F aufgewertet wurden.

Innerhalb der Beatmungs-DRGs der MDC 05, der Basis-DRG F43 *Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*, wurde die Splitbedingung der DRG F43B von „PCCL > 3“ in „Komplizierende Konstellation I oder bestimmte OR-Prozedur“ geändert, da sich der PCCL hier nicht mehr als belastbarer Kostentrenner erwies.

3.3.2.14 Kardiologie und Herzchirurgie

Wie in den Vorjahren gehörte das Themengebiet der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems zu denjenigen Themen mit den meisten im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingegangenen Hinweisen. U.a. auf Basis dieser Hinweise erfolgten auch in diesem Jahr in der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* in den Bereichen Herz- und Gefäßchirurgie bzw. Kardiologie zahlreiche Umbauten, von denen einige im Folgenden näher erläutert werden.

Im diesjährigen Vorschlagsverfahren gingen mehrfach Hinweise zur Überprüfung der Abbildung von Fällen mit der Implantation eines permanenten Embolieprotektionssystems in das linke Herzohr ein. Im G-DRG-System des Jahres 2010 führte diese Leistung überwiegend in die DRG F19C *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre*. Im G-DRG-System 2011 werden die betroffenen Fälle in der DRG F19A *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC oder mit Vorhofohrverschluss* abgebildet und somit aufgewertet.

Ebenfalls basierend auf einem Hinweis aus dem Vorschlagsverfahren erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit einer Rotablation einer oder mehrerer Koronararterien von der Basis-DRG F56 *Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention* in die Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen*.

Im Bereich der Herzchirurgie werden im G-DRG-System 2011 aufgrund eines Hinweises aus dem Vorschlagsverfahren Fälle mit einer Systemumstellung auf einen Defibrillator durch eine Erweiterung der Definition der seit mehreren Jahren bestehenden Prä-MDC-Umleitung in der Basis-DRG F01 *Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD)* abgebildet. Die betroffenen Fälle führten im G-DRG-System 2010 je nach Hauptdiagnose in verschiedene DRGs in unterschiedlichen MDCs.

Ebenfalls im Bereich der Herzchirurgie erfolgte eine Aufwertung von Fällen mit einer Rekonstruktion der Aortenwurzel mit Implantation einer Gefäßprothese nach David in der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine* sowie von Fällen mit bestimmten Operationen bei kongenitalen Gefäßanomalien (z.B. bei unterbrochenem Aortenbogen) in der Basis-DRG F07 *Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine* aufgrund von Vorschlägen bzw. eigenen Analysen.

Weiterhin erfolgte aufgrund eigener Analysen zum Themenbereich der Kardiologie bzw. der Intensivmedizin ein Umbau der seit mehreren Jahren bestehenden Splitbedingung der DRG F43B *Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC* (G-DRG-Version 2010), da das bisherige Splitkriterium „PCCL > 3“ keinen Kostentrenner mehr darstellte. Als neues geeignetes Splitkriterium erwiesen sich die Funktionen „Komplizierende Konstellation I“ bzw. „Bestimmte OR-Prozedur“. Insgesamt führte diese Änderung des DRG-Systems mit nachfolgender Sortierung insbesondere zu einer Aufwertung komplexer Fälle innerhalb der Basis-DRG F43.

G-DRG-System 2010			G-DRG-System 2011		
DRG	Bezeichnung	RG	DRG	Bezeichnung	RG
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC	3,347	F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur	4,114
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC	2,531	F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur	3,013

Tabelle 16: Splitänderung der DRG F43B

3.3.2.15 Onkologie

Die in der Vergangenheit bereits intensiv verfolgte Differenzierung der Abbildung onkologischer Fälle stand erneut im Fokus der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011.

In der MDC 17 wurde in den vergangenen Jahren eine Spezifizierung verschiedenster DRGs vor allem durch die Einführung neuer Splits bzw. die Erweiterung bestehender Splitmerkmale anhand von Kriterien wie Alter, PCCL, Chemotherapie sowie bestimmten komplizierenden Diagnosen und Prozeduren erreicht. Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011 wurde die weitere Spezifizierung der DRGs der MDC 17 z.B. durch die Streichung bzw. Abwertung unspezifischer Diagnosen vorangetrieben. Dies betrifft die Streichung der Diagnosen A41.9 *Sepsis, nicht näher bezeichnet* sowie R65.0 und R65.2 für *Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser bzw. nichtinfektiöser Genese ohne Organkomplikationen* aus der Tabelle „Sepsis, schwere Infektionen“ der Basis-DRGs R60 *Akute myeloische Leukämie*, R61 *Lymphom und nicht akute Leukämie*, R62 *Andere hämatologische und solide Neubildungen* und R63 *Andere akute Leukämie*.

Darüber hinaus führte die Analyse der DRGs der medizinischen Partition der MDC 17 nach weiteren möglichen Kostentrennern zu einer Aufwertung von Fällen mit einer sekundären bösartigen Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute als Nebendiagnose in der Basis-DRG R61. Betroffen von dieser Änderung sind Fälle mit äußerst schweren CC und einem Alter von > 15 Jahren, die je nach Vorliegen einer hochkomplexen Chemotherapie zukünftig der DRG R61A *Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, sek. bösartiger Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie* bzw. R61B *Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, sekundärer bösartiger Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC und komplexer Diagnostik bei Leukämie* zugeordnet werden.

Als komplexe Diagnose aufgewertet wurden in der Basis-DRG R61 darüber hinaus die *bösartige Histiozytose* sowie der *bösartige Mastzelltumor*. In Abhängigkeit vom Alter werden diese Fälle ab 2011 der DRG R61F *Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter*

< 16 Jahre bzw. R61G *Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie* statt der DRG R61H *Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie* zugeordnet.

Ebenfalls berücksichtigt werden konnten – aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren – die Prozeduren aus dem Codebereich 1-941 *Komplexe Diagnostik bei Leukämien*. Diese führen zukünftig zu einer Aufwertung von Fällen von der DRG R61D *Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie* in die DRG R61B und von der DRG R61H in die DRG R61G.

Hinweise erreichten uns auch bezüglich der Abbildung einiger seltener Erkrankungen wie Myelosarkom, akute Panmyelose, akute Myelofibrose und Mastzellenleukämie. Diese wurden bisher der Basis-DRG R61 zugeordnet, sollten aber aufgrund vergleichbarer Behandlungsregime wie bei der akuten myeloischen Leukämie in die Basis-DRG R60 verschoben werden, was nach Analyse der betroffenen Fälle umgesetzt werden konnte.

Intensiv analysiert wurden Eingaben aus dem Vorschlagsverfahren hinsichtlich der Problematik der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ für bestimmte Fälle der Basis-DRG A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender*. Als problematisch angesehen wurden hier Fälle der MDC 17, die zusätzlich zur Therapie z.B. einer Leukämie eine Entnahme von peripheren Stammzellen erhalten und damit der Basis-DRG A42 statt einer ggf. höher vergüteten DRG der MDC 17 zugeordnet werden. Umgesetzt werden konnte ein Ausschluss von Fällen der MDC 17 aus der DRG A42A *Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie*. Gleichzeitig sorgt eine in der MDC 17 nach Kosten sortierte „Rück“-Umleitung von Fällen mit peripherer Stammzellentnahme in die Prä-MDC dafür, dass nicht alle Fälle der MDC 17 aus der DRG A42A ausgeschlossen werden. Somit werden nur bestimmte Fälle der MDC 17 wie z.B. der DRGs R60A *Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie* oder R05Z *Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC* aus der DRG A42A ausgeschlossen.

Analog zu den DRGs der medizinischen Partition der MDC 17 wurde für die G-DRG-Version 2011 auch die Definition der operativen DRGs der MDC 17 für *große OR-Prozeduren* (z.B. Basis-DRGs R01, R12) vs. die *anderen bzw. bestimmten OR-Prozeduren* (z.B. Basis-DRGs R04, R11) durch Aufwertung bzw. Abwertung einzelner Leistungen geschärft. Im Einzelnen sind dies:

- Aufwertung von Nephrektomien und bestimmten kardiothorakalen Eingriffen (z.B. Fistelverschluss der Brustwand, Thorakoplastik, Zwerchfellplastik)
- Abwertung von bestimmten Lymphadenektomien (z.B. zervikal, axillär, sonstige, nicht näher bezeichnet)
- Abwertung von Eingriffen an Mediastinum oder Bauchwand

Außerhalb der MDC 17 wurden verschiedene Analysen hinsichtlich einer Verbesserung der Abbildung onkologischer Fälle unternommen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Erweiterung der Definition der DRG I37Z *Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unte-*

ren Extremität um die Hauptdiagnose *Sekundäre bösartige Neubildungen des Knochens und des Knochenmarks (C79.5)*. Für Fälle mit resezierendem Eingriff am Becken, die zuvor hauptsächlich in die Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule* eingruppiert wurden, bedeutet dies eine Aufwertung. Für den Bereich der Erkrankungen an den Verdauungsorganen (MDC 06) kam es zu einer Aufwertung bösartiger Neubildungen durch Split der DRG G17Z *Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff* anhand dieses Merkmals.

Für den Bereich Strahlentherapie bzw. Radiologie konnte die Abbildung von Fällen mit Brachytherapie der weiblichen Geschlechtsorgane verbessert werden. Diese wurden bisher unabhängig von der Verweildauer in die DRG N09Z *Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC* eingruppiert. Ab der G-DRG-Version 2011 werden Fälle mit mehr als einem Belegungstag der DRG N16Z *Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag* und Fälle mit einem Belegungstag der DRG N09A *Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag* zugeordnet und damit aufgewertet.

Neben den oben aufgeführten spezifischen Änderungen im G-DRG-System für 2011 zur Abbildung onkologischer Fälle haben auch die in den Kapiteln Intensivmedizin (3.3.2.13), Abdominalchirurgie (3.3.2.1) und Erkrankungen der Harnorgane (3.3.2.6) beschriebenen Systemumbauten erheblichen Einfluss auf die Eingruppierung onkologischer Fälle im Sinne einer sachgerechteren Abbildung.

Aus den Vorschlägen zur Etablierung neuer Zusatzentgelte haben sich für den Bereich der Onkologie im Wesentlichen die folgenden Änderungen ergeben:

- Schaffung neuer bewerteter Zusatzentgelte für Medikamente wie z.B. *Gabe von Azacytidin, parenteral (ZE124)*
- Für den Bereich der Pädiatrie wurden die bereits bestehenden Dosisklassen für Kinder sowohl für onkologische als auch für nicht onkologische Zusatzentgelte insgesamt überprüft. Daraus resultierte die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei zwei neuen unbewerteten Zusatzentgelten (ZE2011-83 *Gabe von Sitaxentan, oral* und ZE2011-84 *Gabe von Ambrisentan, oral*).

In den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2011 erfolgte eine Anpassung der Kodierung von Fällen mit unbekanntem Primärtumor, bei denen die Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie erfolgt, an die generelle Regelung zur Aufnahme von Fällen zur systemischen Chemotherapie. Bisher war bei diesen Fällen gemäß DKR 0201 *Auswahl und Reihenfolge der Codes* ein Kode für die Metastase als Hauptdiagnose anzugeben. Zukünftig ist hier ein Kode aus C80.– *Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation* als Hauptdiagnose zu kodieren, was zur Zuordnung zur MDC 17 bzw. zur Basis-DRG R62 für Fälle ohne OR-Prozeduren führt.

3.3.2.16 Operative „Reste-DRGs“

Einen weiteren Schwerpunkt der Klassifikationsüberarbeitung für die G-DRG-Version 2011 stellen die sogenannten operativen „Reste-DRGs“ dar. Reste-DRGs (z.B. Basis-DRG G12 *Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen*) beinhalten im Gegensatz zur Basis-DRG 901 (*Sonstige DRG*) keine „fachfremden“ Eingriffe in Bezug auf die jeweilige MDC aufgrund der Hauptdiagnose-Definition (z.B. Hüft-Endoprothese bei Augenpatient), sondern seltene oder unklar definierte Eingriffe (z.B. Biopsie an der Bauchwand als selbständige Leistung in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*).

Reste-DRGs weisen oft einen inhomogenen Inhalt auf und können sowohl aufwendige als auch wenig aufwendige Fälle enthalten. Beispielsweise werden auch Fälle mit (noch) nicht präzise kodierbaren Eingriffen oft in Reste-DRGs gruppiert. Operative Reste-DRGs werden in der Regel nicht mitsortiert, da sonst ein Fehlanreiz zur zusätzlichen Kodierung unspezifischer Prozeduren gesetzt würde. Bei Verbleib der Reste-DRGs am Ende der operativen Partition kann jedoch im Einzelfall die Problematik der Mindervergütung bei Mehrleistung bestehen, da die Reste-DRGs mitunter besser vergütet sind als vorher abgefragte DRGs mit definierten einfachen Eingriffen.

Der konsequente Umbau aller Reste-DRGs mit dem Ziel der sachgerechten Vergütung auch seltener Konstellationen ist ein langwieriger Prozess. Für die G-DRG-Version 2011 wurden die Reste-DRGs in folgenden MDCs umfangreich überarbeitet:

- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*
- MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma*
- MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*
- MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*
- MDC 13 *Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane*
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems*

Diese Überarbeitung wird nachfolgend am Beispiel der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* erläutert (siehe auch Abb. 8). So wurden spezielle und aufwendige Eingriffe in den Reste-DRGs (I28B *Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe* und I28C *Andere Eingriffe am Bindegewebe*) identifiziert und passenden DRGs, die vorher abgefragt werden, zugeordnet (z.B. offene Osteosynthese der Klavikula). Außerdem wurden Fälle mit wenig komplexen, klar definierten Eingriffen aus den Reste-DRGs in vorher abgefragte, geringer vergütete DRGs verschoben (z.B. geschlossene Osteosynthese der Klavikula).

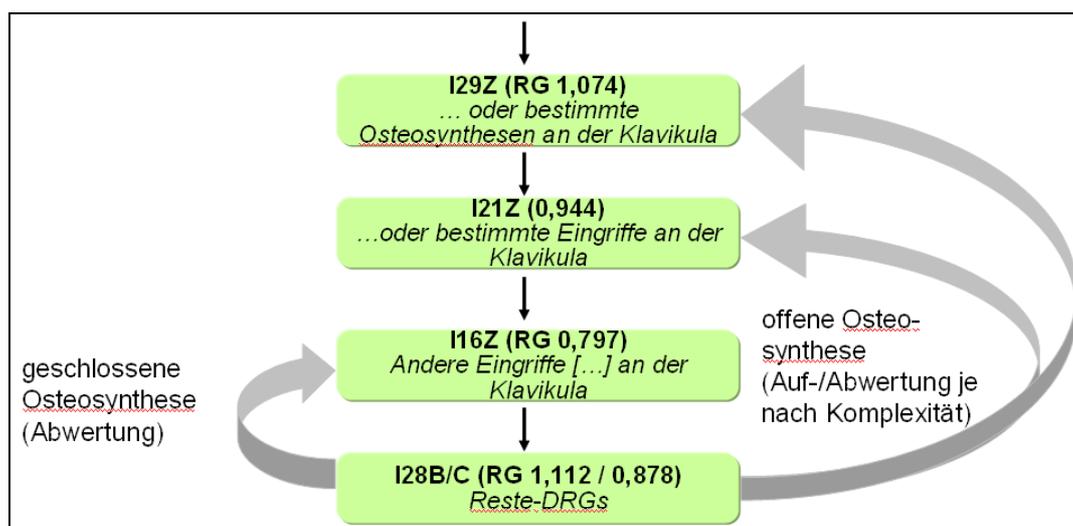


Abbildung 8: Überarbeitung der Reste-DRGs am Beispiel der DRGs I28B/C

Der eingeschlagene Weg der Überarbeitung der Reste-DRGs wird auch in den nächsten Jahren konsequent beschriftet werden.

3.3.2.17 Polytrauma

Fälle mit Mehrfachverletzungen können im G-DRG-System in die eigenständige MDC 21A *Polytrauma* eingruppiert werden. Ziel dieser MDC ist es, den hohen Versorgungsaufwand besonders schwer Mehrfachverletzter sachgerecht abbilden zu können. Voraussetzung hierfür ist es, die besonderen Merkmale dieser aufwendig zu behandelnden Mehrfachverletzungen durch geeignete Parameter beschreibbar zu machen, um diese Fälle ermitteln zu können. Im G-DRG-System wird dies durch eine möglichst enge Anlehnung der Definition der MDC 21A an die klinisch gebräuchliche Definition des Polytraumas als „mehrere Verletzungen verschiedener Körperregionen, wobei mindestens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer Verletzungen lebensbedrohlich ist“ operationalisiert.

Daher enthalten die für die Zuordnung zur Polytrauma-MDC verwendeten Diagnoselisten sowohl schwerste Verletzungen als auch Traumadiagnosen, die typischerweise vor allem in Kombination mit anderen Verletzungen lebensbedrohlich sind. Die jährliche Überarbeitung der Zuordnungslogik zielt somit sowohl auf eine Schärfung als auch auf eine sachgerechte Erweiterung dieser Eingangslogik ab, um unter Verwendung der zur Verfügung stehenden Kriterien eine adäquate Abbildung der Versorgung schwer mehrfachverletzter Fälle zu erreichen. Im Interesse gerade dieser Schwerstverletzten ist eine zu weite Auslegung des Begriffs Polytrauma, etwa durch Verwendung zu allgemeiner Merkmale, zu vermeiden. Hinzu kommt, dass Umbauten der MDC 21A durch eine erhebliche Komplexität charakterisiert sind und typischerweise Auswirkungen auf andere MDCs haben.

Die Weiterentwicklung der Polytrauma-MDC konnte sich dieses Jahr auf eine rege Beteiligung im Vorschlagsverfahren stützen. Im Ergebnis wurde die Eingangsdefinition der MDC 21A durch künftige Nichtberücksichtigung z.B. bestimmter Verletzungen von Blutgefäßen und Nerven, einer leichten Rissverletzung der Leber sowie einer proximalen

Fibulafraktur präzisiert. Hingegen bedeutet die Aufteilung schwerer Wirbelsäulenverletzungen nach Lokalisation in Hals-, Brust- bzw. Lendenwirbelsäulenverletzungen ebenso eine Erweiterung der Eingangslogik wie die Einbeziehung bestimmter Diagnosen für Kopf-, Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen.

Im Sinne einer Aufwertung wird zukünftig eine komplexe Vakuumtherapie im Split der DRG W01B *Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung* berücksichtigt.

Durch Ausschluss aus der DRG B61 *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* werden im G-DRG-System 2011 komplexe Fallkonstellationen mit einer akuten Querschnittserkrankung bei Mehrfachverletzungen und Durchführung einer komplexen OR-Prozedur in der MDC 21A abgebildet, sofern keine Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung von mehr als 99 Tagen durchgeführt wurde. Diese Schwerstverletzten sind durch besonders hohe Tageskosten charakterisiert und daher in der Polytrauma-MDC sachgerechter abgebildet. Näheres zu diesem Umbau ist dem entsprechenden Kapitel 3.3.2.18 „Querschnittlähmung“ zu entnehmen.

Auf Grundlage der vorliegenden Daten noch wenig geeignet für die Ermittlung von hochaufwendigen Mehrfachverletzten erwies sich die Verwendung des in der klinischen Praxis etablierten Injury Severity Score (ISS). Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden die Angaben zu Leistungs- und Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser mittels ISS in einer ergänzenden Datenbereitstellung des Traumaregisters vervollständigt. Sowohl Umfang als auch Qualität dieser zusätzlich bereitgestellten Daten wiesen jedoch Verbesserungspotential auf. Im Ergebnis konnten nur einige wenige hochaufwendige Mehrfachverletzte, die nicht schon bereits in der MDC 21A eingruppiert waren, ausfindig gemacht werden. Andererseits hätte eine Ergänzung der Polytraumadefinition durch den ISS deutlich billigere Fälle in die MDC 21A eingruppiert und damit die Bewertungsrelationen der betroffenen Polytrauma-DRGs abgewertet. Folglich fand der ISS bei der Zuordnung zur MDC 21A im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems keine Berücksichtigung.

3.3.2.18 Querschnittlähmung

Das Thema *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* bildete einen Schwerpunkt der diesjährigen klassifikatorischen Überarbeitung des G-DRG-Systems.

Diese Fälle wurden bislang – sofern keine Transplantation vorgenommen wurde – in die unbewertete DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* gruppiert. Für diese nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüteten vollstationären Leistungen sollten krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden, soweit diese als Krankenhausleistung erbracht wurden. Die definierten Unterschiede der Fälle innerhalb dieser DRG waren nach unserem Verständnis ein Teil der Verhandlungen vor Ort.

In den letzten Jahren, insbesondere im diesjährigen Vorschlagsverfahren, wurde jedoch wiederholt von Problemen bei der differenzierten Verhandlung dieser Fälle mit den Kostenträgern berichtet. Dies betraf primär Krankenhäuser, die nicht auf die Versorgung Querschnittgelähmter spezialisiert sind, sondern die Patienten nach aufwendiger Akutversorgung wegverlegen. Diesen Kliniken entstanden somit hohe Behandlungskosten

pro Tag, die mit dem durch den verhandelten Tagessatz erzielten Erlös unterfinanziert waren.

Nach externen Hinweisen aus dem Strukturierten Dialog und intensiven eigenen Analysen wurden insbesondere beatmete, polytraumatisierte und Fälle mit komplexen Eingriffen innerhalb der Basis-DRG B61 umfangreich untersucht.

Im Ergebnis kam es zum Ausschluss aus der Basis-DRG B61 von

- Fällen mit Polytrauma und komplexer OR-Prozedur sowie
- Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkten und komplexer OR-Prozedur.

Diese Fälle werden im G-DRG-System 2011 überwiegend in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sowie in der MDC 21A *Polytrauma* abgebildet. Sie werden jedoch weiterhin in die Basis-DRG B61 gruppiert, wenn zusätzlich eine Komplexbehandlung bei Querschnittslähmung von mehr als 99 Tagen durchgeführt wurde.

Weiterhin wurde die DRG B61Z gesplittet. Neu entstanden ist die DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt*. Diese ist definiert durch

- komplexen operativen Eingriff,
- Verweildauer < 14 Tage,
- Entlassgrund „wegverlegt“

und enthält Fälle mit initial hochaufwendigem Trauma und hohen Tageskosten.

Die unbewertete DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt* enthält den überwiegenden Teil der Fälle, die vorher der DRG B61Z zugeordnet waren.

Insgesamt wurden durch diese umfangreichen Umbauten etwa 4% der Fälle (DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) aus der vormals unbewerteten Basis-DRG B61 in verschiedene bewertete DRGs in mehreren MDCs oder die neue, bewertete DRG B61A verschoben (siehe Abb. 9).

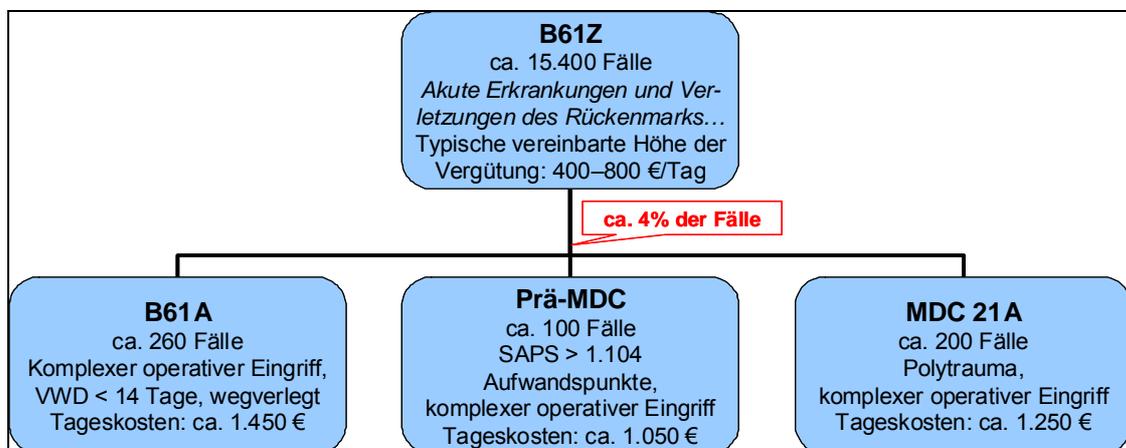


Abbildung 9: Umbaubedingte Fallverschiebungen (DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) aus der unbewerteten DRG B61Z mit Fallzahlen und Tageskosten

Zudem wurde die Prüfung der Definition der Basis-DRG B61 in Bezug auf die Differenzierung zwischen „akuter“ und „chronischer“ Querschnittlähmung in diesem Jahr zum wiederholten Mal aufgegriffen. Ziel dieser Prüfung war die Identifikation von sowohl aus medizinischer als auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll aus der Basis-DRG B61 zu streichenden Diagnosekodes. Diese Streichung bringt es mit sich, dass Fälle, die keine „akute“ Querschnittlähmung vorweisen, aus der DRG B61Z in spezifische, bewertete DRGs des gesamten Systems verschoben werden. Dabei galt es darauf zu achten, dass dadurch diese Fälle gleichermaßen einer sachgerechteren Vergütung zugeführt werden.

Unter Beachtung der Hinweise aus den Vorschlagsverfahren der vergangenen Jahre wurden ausgesuchte Diagnosen in einem iterativen Verfahren zur Streichung aus der Definition der Basis-DRG B61 hin überprüft. Dabei war Voraussetzung, dass – trotz der großen Anzahl betroffener Fälle und DRGs – die Simulationsergebnisse überschaubar und damit beurteilbar blieben.

Im Ergebnis führt ab dem G-DRG-System 2011 allein das Vorliegen der Nebendiagnose G95.88 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarks* nicht mehr in die Basis-DRG B61. Entsprechende Fälle werden jedoch weiterhin der Basis-DRG B61 zugeordnet, wenn der ICD-10 GM-Kode G95.88 als Hauptdiagnose vorliegt oder zusätzlich zur Nebendiagnose eine *Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung* (OPS-Kode 8-976) von mindestens 100 Tagen durchgeführt wurde.

Anstatt in die Basis-DRG B61 ist für die betroffenen Fälle nun die Gruppierung in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose in nahezu alle DRGs des Systems möglich.

Es bleibt festzuhalten, dass diese umfassenden Umbauten für das G-DRG-System 2011 nicht zu einer Benachteiligung der Spezialkliniken für die Versorgung Querschnittgelähmter führen. Eine Verbreiterung der Kalkulationsgrundlage um weitere Spezialkliniken wäre für die Zukunft ebenso wünschenswert wie die Konkretisierung der OPS-Kodes für die Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung.

3.3.2.19 Schlaganfall

Bei der Kalkulation des G-DRG-Systems für 2011 wurden erneut detaillierte Analysen zum Thema Schlaganfall durchgeführt. Die umfangreichen Umbauten der Vorjahre, insbesondere auf Basis der OPS-Kodes 8-981 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* und 8-98b *Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*, konnten auf der Grundlage der Daten des Jahres 2009 bestätigt werden.

Hiermit korrespondiert der kontinuierliche Rückgang der Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zum Thema Schlaganfall-Behandlung, der sich in diesem Jahr weiter fortgesetzt hat. So wurde im Vorschlagsverfahren 2011 lediglich ein Vorschlag in diesem Bereich eingebracht, welcher die Etablierung einer neuen DRG für Fälle mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems und anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls zum Inhalt hatte. Bei einer geringen Fallzahl in nur wenigen Krankenhäusern konnte das Ergebnis letztendlich nicht bewertet werden.

Die Mindestmerkmale im OPS-Kode für die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981) wurden in der Version 2011 dahingehend konkretisiert, dass die Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes zur Früher-

kennung von Schlaganfallprogression durch einen Arzt zu erfolgen hat. Weiterhin wurde der OPS-Kode für die andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls in ohne und mit Anwendung eines Telekonsildienstes (8-98b.0 ff., 8-98b.1 ff.) unterteilt. Der Telekonsildienst gewährleistet die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständigen dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend telemedizinisch am Krankenbett zur Verfügung steht.

Auch in den kommenden Jahren stehen erneut Analysen zum Thema Schlaganfall-Behandlung an, da weiterhin Kostenveränderungen allein auf Basis der sich ändernden Kodierung zu erwarten sind.

3.3.2.20 Unfallchirurgie/Orthopädie

Wie in den Vorjahren gingen zahlreiche Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2011 in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* ein. Entsprechend der Vorgehensweise der Vergangenheit wurden diese Vorschläge nicht nur im engeren Sinn der Antragsstellung berechnet. Vielmehr dienten diese als Ausgangspunkt für weitere Analysen der entsprechenden Problembeschreibungen. Von besonderer Bedeutung im diesjährigen Vorschlagsverfahren war die Ausdifferenzierung der Abbildungsmöglichkeiten für Eingriffe am Knie- und Hüftgelenk sowie die Gleichbehandlung bestimmter Leistungen. Darüber hinaus bedeutsam waren Eingriffe an der Wirbelsäule. Beispielhaft sind im Folgenden wesentliche Umbauten zu diesen Themengebieten dargestellt.

Mehrere Hinweise des diesjährigen Vorschlagsverfahrens thematisierten eine Ungleichbehandlung ähnlicher Leistungen innerhalb des G-DRG-Systems. Im Ergebnis führten die durchgeführten Untersuchungen zu einer Gleichbehandlung offener Repositionen einer Mehrfragment- bzw. einer Einfachfraktur im Gelenkbereich von Humerus und Tibia. Zukünftig werden die Prozeduren aus dem Kodebereich 5-794 *Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese* als „Aufwendiger Eingriff an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk“ bzw. als „Komplizierender Eingriff an Humerus, Tibia“ gewertet und in den DRGs I13A *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem oder bestimmtem Mehrfacheingriff oder komplexer Diagnose, mit Ringfixateur* bzw. I13C *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, mit komplexer Prozedur oder schwerem Weichteilschaden* abgebildet und damit aufgewertet. Zudem wurden weitere nicht sachgerecht eingruppierte Leistungen in der Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk* identifiziert: Repositionen von Frakturen und Luxationen durch Ringfixateur (Kodes 5-79*.m*) werden bei Vorliegen bestimmter Mehrfacheingriffe oder komplexer Diagnosen künftig durch Zuordnung zur DRG I13A aufgewertet. Darüber hinaus werden bestimmte Diagnosen für einen schweren Weichteilschaden nun auch in den Definitionen der DRGs I13A und I13C berücksichtigt, sodass Fälle mit einer dieser Diagnosen in Verbindung mit bestimmten Eingriffen an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk künftig in diese DRGs eingruppiert und damit aufgewertet werden.

Etliche Vorschläge des diesjährigen Vorschlagsverfahrens nahmen Bezug auf das Thema „Mindervergütung bei Mehrleistung“ bei verschiedenen Eingriffen an der Klavikula. Da in den bisherigen G-DRG-Versionen die Frakturversorgung der Klavikula weitestgehend in den unsortierten Reste-DRGs I28B *Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe* und I28C *Andere Eingriffe am Bindegewebe* abgebildet war, führten zusätzlich zu einer Frakturversorgung durchgeführte Eingriffe an der Klavikula unter Umständen

zu einer Abbildung in geringer bewerteten DRGs, da diese zusätzlichen Eingriffe in spezifischen operativen DRGs der MDC 08 abgebildet waren und somit vor den unsortierten Reste-DRGs I28B und I28C abgefragt wurden. Im Ergebnis der Analysen erfolgte eine umfangreiche Neuordnung der Frakturversorgung der Klavikula. Aufwandsentsprechend werden im G-DRG-System 2011 die verschiedenen Osteosyntheseverfahren durch Kodeverschiebungen aus den Reste-DRGs I28B und I28C in die DRGs I29Z *Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula* und I21Z *Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula* (offene Frakturpositionen) bzw. I16Z *Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula* (geschlossene Frakturpositionen) einsortiert. Dies bedeutet je nach Osteosyntheseverfahren eine Auf- oder Abwertung. Die Abbildung in spezifischen DRGs verhindert jedoch durch die aufwandsentsprechende Einsortierung zukünftig eine Einordnung in geringer bewertete DRGs bei Durchführung eines zusätzlichen Eingriffs an der Klavikula.

In weiteren eigenen Analysen wurde die Zuordnung von Leistungen in der Basisreste-DRG I28 *Andere Eingriffe am Bindegewebe* überprüft. Dabei gelang zum einen die Abbildung von bestimmter, eher seltener Leistungen in spezifischen DRGs: Im G-DRG-System 2011 werden bestimmte Codes aus dem OPS-Kodebereich 5-343 für Korrekturen einer Brustwanddeformität in die DRG I44A *Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität* eingruppiert. Darüber hinaus führen Prozeduren für bestimmte Eingriffe am spinalen Liquorsystem aus dem Kodebereich 5-038 zukünftig in die Basis-DRG I10 *Andere Eingriffe an der Wirbelsäule*. Zum anderen wurde die Leistungszuordnung innerhalb der Basis-DRG I28 überprüft und für folgende Leistungen aufwandsentsprechend angepasst: Aufgewertet wurde die mit dem Code 5-346.5 *Stabilisierung der Thoraxwand, offen chirurgisch* bezeichnete Leistung durch Zuordnung zur DRG I28A *Komplexe Eingriffe am Bindegewebe*, wohingegen Fälle mit einer kleinflächigen Wundtoilette durch Einsortierung in die DRG I28C abgewertet wurden.

Zahlreichen Vorschlägen entsprechend wurde die Abbildung der Implantation eines künstlichen Meniskus am Kniegelenk umfangreich untersucht. Im G-DRG-System 2011 werden nun sowohl arthroskopische als auch offen chirurgische Implantationen der DRG I30Z *Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk* zugeordnet. Dies bedeutet sowohl eine Aufwertung für einen Teil der Fälle als auch eine Gleichbehandlung des arthroskopischen mit dem offen chirurgischen Verfahren. In der Folge eines weiteren Vorschlags sowie Hinweisen aus dem NUB-Verfahren wurde die Eingruppierung von Fällen mit offen chirurgischer und arthroskopischer subchondraler Knocheneröffnung mit Einbringen eines azellulären Implantats analysiert. Die Einsortierung des offen chirurgischen und des arthroskopischen Verfahrens in die DRG I30Z ab 2011 wertet auch hier einige Fälle aufwandsentsprechend auf. Weiterhin wurde die Untersuchung der Leistungsabbildung beidseitiger Eingriffe am Kniegelenk angeregt: Zukünftig werden bestimmte beidseitige Eingriffe am Kniegelenk durch Aufnahme in die Definition der DRG I18A *Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk* aufgewertet.

Bezüglich der Abbildung von Eingriffen am Hüftgelenk wurden entsprechende Vorschläge zur Abwertung bestimmter Leistungen analysiert und umgesetzt. Zum einen wurde dies durch die aufwandsgerechte Verschiebung der Leistungsbezeichner für arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk aus dem OPS-Kodebereich 5-812 aus der Basis-DRG I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur oder Ersatz des Hüftgelenks mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule* in die DRG I30Z erreicht. Zum anderen

wurden die Codes für den isolierten Wechsel eines Inlays ohne Pfannenwechsel sowie für den Wechsel einer Femurkopfprothese entsprechend ihren Kosten aus den Basis-DRGs I01 *Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose*, I03 *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff* und I08 gestrichen. Diese Leistungen werden zukünftig in die Basis-DRG I46 *Prothesenwechsel am Hüftgelenk* eingeordnet. Durch Kodestreichung der Diagnosen für Osteolyse an Becken und Oberschenkel sowie am Unterschenkel aus der Tabelle der komplexen Diagnosen der Basis-DRG I01 erfolgt eine Verschiebung der entsprechenden Fälle aus der Basis-DRG I01 in die Basis-DRGs I03, I43 *Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk oder am Sprunggelenk* und I46 im Sinne einer Abwertung.

Bei der Leistungsdarstellung in der Wirbelsäulenchirurgie erfolgten nach Analyse zahlreicher Vorschläge aus dem diesjährigen Vorschlagsverfahren sowie eigener Berechnungen sowohl Auf- als auch Abwertungen:

- Ausgehend von Hinweisen aus dem Vorschlags- und NUB-Verfahren erfuhren die Codes 5-838.d- *Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen [VEPTR] durch Aufnahme in die Definition der DRG I06A Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule m. Wirbelsäulenrelease od. Korrektur Thoraxdeformität, Alter < 16 J. od. bei Para-/Tetraplegie m. äuß. schw. CC od. m. best. mehrzeitigen Eingriffen od. m. sehr komplexem Eingriff bei schw. entzündlicher Erkrankung* eine verbesserte Abbildungsmöglichkeit.
- Die Prozedurenkodex für eine offene Reposition der Wirbelsäule durch Fixateur interne führen zukünftig statt in die Basis-DRGs I08 sowie I10 in die Basis-DRG I09 *Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule*. Betroffene Fälle werden somit entsprechend aufgewertet.
- Aufgewertet werden Fälle mit Wirbelkörperersatz durch Implantat oder Korrekturspondylodese innerhalb der Basis-DRG I09. Abgewertet hingegen werden Fälle mit den Prozeduren für Implantationen von Material in 3 bzw. 4 oder mehr Wirbelkörper mit vorheriger Wirbelkörperaufrichtung durch zukünftige Zuordnung in die DRG I09C.
- Nicht mehr in jedem Fall als besonders aufwendig berücksichtigt wird durch Schärfung der Logik der Basis-DRG I06 *Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals* die Prozedur 5-839.5 *Revision einer Wirbelsäulenoperation*. Stattdessen werden Fälle mit diesem Leistungsbezeichner zukünftig durch Neuordnung zu der Basis-DRG I09 abgewertet.
- Durch Kodestreichung der Prozedur 5-892.1a *Andere Inzision an Haut und Unterhaut: Drainage: Brustwand und Rücken* aus der Tabelle für Eingriffe am Bindegewebe/Rumpf der Basis-DRG I10 werden diese Fälle künftig im Sinne einer Abwertung statt in der Basis-DRG I10 in verschiedenen operativen und konservativen DRGs der MDC 08 abgebildet.

Weiterhin wurde infolge der nach wie vor regen Teilnahme am Vorschlagsverfahren die Differenzierung der bereits weit fortgeschrittenen Abbildungsmöglichkeiten von Eingriffen am Fuß in der Basis-DRG I20 *Eingriffe am Fuß* fortgesetzt. Innerhalb dieser Basis-DRG wurde die Abbildung für Arthrodesen der Sprung-, Chopart- und Zehengelenke

ebenso wie für bestimmte Resektionen, Eingriffe an Sehnen sowie chronische Polyarthritiden im Sinne einer Aufwertung verbessert.

Analog den Prozedurenkodes für die Materialkombinationen bei Osteosynthesen wurde eine ähnliche Problematik hinsichtlich der Prozedurenkodes für Osteosynthesen durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese des Codebereichs 5-79 *Reposition von Fraktur und Luxation* im OPS durch die Fachgesellschaft vorgetragen. Bisher waren aufgrund der identischen Codes für unterschiedliche Osteosyntheseverfahren aufwendige Kombinationen im Gegensatz zu einfachen nicht erkennbar und somit eine differenzierte Bewertung im G-DRG-System nicht möglich. Beim DIMDI wurde daher die Streichung der Codes für Osteosynthesen durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese und die Kodierung der Einzelmaterialien vorgeschlagen. Aufgrund der unterschiedlichen Gruppierungsrelevanz waren jedoch umfangreiche Analysen notwendig. Bei vergleichbarem Aufwand wurden im Ergebnis die Fälle mit einer Osteosynthese durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese wie Fälle mit einer alleinigen Osteosynthese durch Fixateur interne im G-DRG-System abgebildet. Die Codes für Osteosynthesen durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese konnten im OPS Version 2011 somit für den stationären Bereich gestrichen werden. Künftig werden durch die eindeutige Kodierung Analysen auf tatsächlich aufwendige Kombinationen von Fixateur externe mit internen Osteosyntheseverfahren ermöglicht.

3.3.2.21 Versorgung von Kindern

Wie in den vergangenen Jahren wurde im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erneut die Abbildung von Kindern mit Hilfe spezieller Altersplits für Kinder untersucht. Dies führte zu einer leichten Reduktion der „Kindersplits“ um zwei für 2011, was einer Gesamtzahl von 186 für die G-DRG-Version 2011 entspricht. Davon können 95 DRGs als „reine Kindersplits“ bezeichnet werden, was bedeutet, dass in diesen ausschließlich Kinder abgebildet werden. In weiteren 91 DRGs führt das Kindesalter ebenfalls zu einer Höhergruppierung, allerdings steht in diesen DRGs das Kindesalter neben weiteren den Schweregrad erhöhenden Attributen wie beispielsweise PCCL oder komplexe Diagnosen/Prozeduren.

Im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wurden Fälle mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter erneut untersucht. Bereits für 2010 wurden Fälle der DRG G02Z *Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompl. Eingriff od. kompliz. Diagn. oder Ingr. an Dünn- u. Dickdarm od. andere Ingr. an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne kompliz. Konst., außer b. bösart. Neubild., mit Ingr. bei angebor. Fehlbildung, Alter < 2 J.* mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter von mehr als 120 Stunden aufgewertet in die DRG G03A *Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff, kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Std.* Diese wurden nun erneut aufgewertet in die DRG G01Z *Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Std.*, in die ab 2011 auch Fälle der DRG G04A *Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre* mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter von mehr als 120 Stunden eingruppiert werden, was ebenfalls einer Aufwertung entspricht.

Für den OPS Version 2010 haben die Codes aus dem Bereich 8-98c *Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter* eine grundlegende Änderung erfahren, da die Definition mittels Stunden als Übergangslösung gedacht war. Hier wurde zwischenzeit-

lich von der Fachgesellschaft ein Score, mit Differenzierung der Codes nach Aufwandspunkten, analog dem TISS/SAPS-Score bei den Codes aus dem Bereich 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* entwickelt und im OPS Version 2010 (Kodebereich 8-98d) etabliert, wodurch zukünftig noch detailliertere Analysen zur Abbildung der Intensivmedizin bei Kindern ermöglicht werden. In der G-DRG-Version 2011 erfolgt eine Zuordnung zu DRGs, die bisher durch „mehr als 72 Stunden“ definiert waren, ab 197 Aufwandspunkten, bei „mehr als 120 Stunden“ sind mindestens 393 Aufwandspunkte erforderlich. Auf eine textliche Anpassung der DRG-Namen wurde dabei verzichtet.

Für den Bereich der Krankheiten und Störungen des Nervensystems (MDC 01) konnte die Abbildung von Kindern innerhalb der Basis-DRG B72 *Infektionen des Nervensystems außer Virusmeningitis* durch Auflösung des Splitkriteriums „Alter > 80 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC“ zugunsten einer Differenzierung nach „Alter < 16 Jahre“ verbessert werden.

Bezüglich der operativen Versorgung von Kindern sind zwei Änderungen besonders hervorzuheben. Aus dem Hinweis, dass Eingriffe bei Glaukomen bei Kindern < 6 Jahren einen wesentlich höheren Aufwand erfordern als bei älteren Personen, resultierten eigene Analysen, die auch auf andere Eingriffe am Auge ausgeweitet wurden und letztendlich zur Etablierung der DRG C16Z *Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre* führte. Diese berücksichtigt u.a. auch Leistungen der DRG C06Z *Komplexe Eingriffe bei Glaukom*.

Aufgrund von Hinweisen aus dem Vorschlagsverfahren hinsichtlich der Abbildung von Kindern mit operativen Eingriffen bei Neuroblastom konnten bestimmte Prozeduren wie z.B. die Exzision/Resektion von intra-/retroperitonealem sowie periranalem Gewebe in die Basis-DRG K03 *Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse* aufgenommen werden. Ein zusätzlich eingeführter Split nach einem Alter von weniger als 18 Jahren führt zu einer Abbildung der betroffenen Fälle in der DRG K03A *Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre*. Für den Bereich der prozeduralen Zusatzentgelte erwähnenswert ist die Etablierung des neuen unbewerteten Zusatzentgelts ZE2011-88 *Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen* in Anlage 4 und 6 der FPV 2011. Dieses wird definiert durch Codes aus dem Bereich 1-942 *Komplexe neuropädiatrische Diagnostik* (ausgenommen ist der Code für „ohne weitere Maßnahmen“), die in den OPS Version 2009 aufgenommen wurden und somit im Rahmen der diesjährigen Kalkulation erstmals untersucht werden konnten.

Hervorzuheben für den Bereich der medikamentösen Zusatzentgelte ist insbesondere die Schaffung neuer Kinderdosisklassen bei zwei neuen unbewerteten Zusatzentgelten für Medikamente wie z.B. beim ZE2011-84 *Gabe von Ambrisentan, oral*. Weitere Informationen bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2011 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich in den Kapiteln 3.3.2.15 zum Themenbereich Onkologie sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 zum Themenbereich Zusatzentgelte.

MDC 15 Neugeborene

Für die MDC 15 erreichten uns im Rahmen des Vorschlagsverfahrens u.a. Vorschläge, die eine Streichung von Diagnosen zum Inhalt hatten, die in der Praxis immer wieder Streitpotential hinsichtlich der Kodierbarkeit bieten. Dazu gehörte z.B. der Code Z83.3 *Diabetes mellitus in der Familienanamnese*, der aus dem vielfach in der MDC 15 verwendeten Splitkriterium „anderes Problem“ gestrichen werden konnte.

Hinsichtlich der operativen Versorgung von Neugeborenen konnte bereits für die G-DRG-Version 2010 die Abbildung von Mehrfacheingriffen z.B. bei angeborenen Fehlbil-

dungen oder nekrotisierender Enterokolitis durch Berücksichtigung der Funktion *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* im Gruppierungsalgorithmus der Basis-DRGs P04 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 – 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden* und P06 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden* verbessert werden. Eine erneute Untersuchung dieser und ähnlicher Funktionen führte zu einer zusätzlichen Aufnahme der Funktion *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren* in die Definition der Basis-DRGs P03 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 – 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden* und P05 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 – 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden*. Hier werden ab der G-DRG-Version 2011 Fälle der DRG P03C [...], *ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme* aufgewertet in die DRGs P03A [...], *mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden* bzw. P03B [...], *mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden* und Fälle der DRGs P05B [...], *mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden* und P05C [...], *ohne mehrere schwere Probleme* in die DRG P05A [...], *mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren*.

Abgewertet wurde in der operativen Partition der MDC 15 die Prozedur für Pyloromyotomie, die in die Liste der nicht signifikanten operativen Eingriffe bei Neugeborenen aufgenommen wurde. Dadurch werden Fälle mit dieser Leistung zukünftig in DRGs der medizinischen Partition abgebildet, sofern sie keine weiteren OR-Prozeduren oder eine Beatmung > 95 Stunden aufweisen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2009 wurde – analog zu den übrigen MDCs – erstmalig eine Sortierung der Abfragereihenfolge der DRGs der MDC 15 durchgeführt. Diese wurde auch wieder für die G-DRG-Version 2011 vorgenommen.

3.3.3 Bewertung bisher unbewerteter Leistungen

Im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011 wurde eine generelle Überprüfung von Leistungen, für die bisher krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG vereinbart werden mussten, auf eine mögliche bundesweit einheitliche Pauschalierung hin vorgenommen. Daraus resultierte u.a. die Rückführung der folgenden DRGs/Leistungen aus Anlage 3a (Nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütete vollstationäre Leistungen):

- B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation*
- B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt*

Die Nicht-Bewertung von DRG-Fallgruppen kann neben der Inhomogenität des Leistungsbereichs auch andere Gründe haben wie beispielsweise bisher bei der unbewerteten DRG B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation*. Diese bildet Fälle mit reinem Aggregatwechsel bei Neurostimulatoren ab. Zur Zuordnung in die DRG B21A *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation* ist hingegen zusätzlich die Implantation oder der Wechsel einer Neurostimulationselektro-

de erforderlich. Die Differenzierung dieser beiden DRGs wurde bisher auf Basis ergänzender Daten und zusätzlicher Hilfskonstrukte analysiert. Zur eindeutigen Kodierung dieses Sachverhalts stehen erst seit dem OPS Version 2009 spezifische Codes für die Implantation oder den Wechsel eines Neurostimulators (Mehrelektrodensystem) mit der Unterscheidung „mit bzw. ohne“ Implantation oder Wechsel einer Neurostimulations-elektrode (OPS-Kodebereiche 5-028.9 und 5-028.a) zur Verfügung. Die DRG B21B konnte für 2009 und 2010 jedoch anhand der vorliegenden Datenbasis noch nicht kalkuliert und bewertet werden. Dies gelang jetzt erstmalig im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011, bei Vorliegen der oben erwähnten spezifischen Codes zur Differenzierung der DRGs B21A und B in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser.

Detaillierte Informationen zum Umbau der Basis-DRG B61 *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* finden sich im Kapitel Querschnittlähmung (3.3.2.18).

Im Bereich der bisher unbewerteten Zusatzentgelte konnten die folgenden Verfahren für 2011 in Anlage 2 bzw. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2011 überführt werden:

- ZE125 *Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers*
- ZE126 *Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation*

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

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

Bereits in den Weiterentwicklungen des G-DRG-Systems der vergangenen Jahre wurde eine Vielzahl von Leistungen, die im NUB-Verfahren als neue und noch nicht sachgerecht vergütete Leistungen anerkannt wurden (NUB-Status 1), in Form von Zusatzentgelten oder durch klassifikatorische Änderungen in das G-DRG-System integriert. Als Beispiele seien an dieser Stelle das Endobronchialventil sowie die intrakranielle endovaskuläre Thrombektomie (Mikrodraht-Retriever) aus dem Bereich der Verfahren genannt, die seit dem G-DRG-System 2009 bzw. 2010 als unbewertetes Zusatzentgelt in das G-DRG-System integriert sind. Gleiches gilt für einige Medikamente wie beispielsweise Abatacept und Panitumumab, die als bewertetes Zusatzentgelt integriert werden konnten. Insgesamt gelang für eine Vielzahl von Leistungen, die bis dato die NUB-Kriterien erfüllten, eine Abbildung innerhalb des G-DRG-Systems.

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 wurde die Integration von NUB-Leistungen fortgeführt, indem sieben weitere Leistungen, die die NUB-Kriterien erfüllten, nun als Zusatzentgelte abgebildet sind (siehe Tab. 17).

NUB-Verfahren	Status 2010	ZE2011	Bezeichnung Zusatzentgelt
Azacytidin	1	ZE124	Gabe von Azacytidin, parenteral
Wachstumsstent im Pulmonal-kreislauf	1	ZE2011-68	Implantation eines Wachstumsstents
Sitaxentan	1	ZE2011-83	Gabe von Sitaxentan, oral
Ambrisentan	1	ZE2011-84	Gabe von Ambrisentan, oral
Barorezeptor-Aktivierung	1	ZE2011-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen
Herzindizierte Vagusnervstimulation (HIVNS)	1	ZE2011-86	Andere Neurostimulatoren und Neuroprothesen
Medikamentenbeschichteter Ballonkatheter, koronar	1	ZE2011-87	Medikamente freisetzende Ballons an Koronargefäßen

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

Neben der Integration von NUB-Leistungen mittels Zusatzentgelten wurden zwei Leistungen in die Definitionen der Fallgruppen aufgenommen. So konnte beispielsweise die *AB0-inkompatible Organtransplantation* in Kombination mit einer Immunadsorption mit einer Säule bei Nierentransplantation in der DRG A17A *Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation* abgebildet werden. Des Weiteren wurde die NUB-Leistung *Vertical Expandable Prosthetic Titanium Rib* in die I06A *Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule m. Wirbelsäulenrelease od. Korrektur Thoraxdeformität, Alter < 16 J. od. bei Para-/Tetraplegie m. äuß. schw. CC od. m. best. mehrzeitigen Eingriffen od. m. sehr komplexem Eingriff bei schw. entzündlicher Erkrankung* integriert.

Das Instrument der ergänzenden Datenbereitstellung (siehe Kap. 3.2.1.2) spielt eine zentrale Rolle bei der raschen Integration von NUB-Leistungen in das G-DRG-System. Zwar ist die Abbildung von NUB-Leistungen bei Vorliegen spezifischer OPS-Kodes wie z.B. bei der AB0-inkompatiblen Organtransplantation auch ohne eine ergänzende Datenbereitstellung möglich, doch das Vorliegen eines spezifischen Kodes im Datenjahr ist aufgrund der Neuheit der NUB-Leistungen oft nicht gegeben.

In der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wird im Rahmen der Prüfung der Integration der NUB-Leistungen auch die Sachgerechtigkeit in dem Sinne überprüft, dass die Kostangaben der NUB-Anfragen anhand objektiver Leistungs- und Kostendaten verifiziert werden. Sollte sich in den Daten eine sachgerechte Vergütung einer Leistung zeigen, die bisher die NUB-Kriterien erfüllt hat, so würden diese Erkenntnisse bei der Beurteilung im NUB-Verfahren des Folgejahres zum Tragen kommen. Neben der Überprüfung von Leistungen mit NUB-Status 1 werden ebenfalls Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung hin überprüft, die im NUB-Verfahren als hochteure Leistungen beschrieben werden, aber das Kriterium der Neuheit nicht erfüllen und daher nicht als neu und noch nicht sachgerecht abgebildet anerkannt werden (NUB-Status 2). Diese Überprüfung kann zwei unterschiedliche Folgen haben. Zum einen kann die Leistung bei Bestätigung einer nicht sachgerechten Vergütung ggf. im G-DRG-System abgebildet werden. Zum anderen kann die Beurteilung mit NUB-Status 2 aufgrund dieser Analysen bestätigt werden.

Das NUB-Verfahren hat somit eine große Bedeutung für das G-DRG-System. Einerseits kann über die Vereinbarung sonstiger Entgelte nach § 6 Abs. 2 KHEntgG eine potentielle Finanzierungslücke geschlossen werden. Andererseits dient es als Informa-

tionsquelle zur Ermöglichung einer raschen Integration medizinischer Innovationen in das deutsche DRG-System und trägt damit dem Wunsch nach einem innovationsfreundlichen System Rechnung.

3.3.5 Formale Änderungen – Sortierung

Vorgehensweise

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

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

Veränderungen für 2011

Für 2011 sind darüber hinaus zwei besondere Konstellationen erwähnenswert: Die im letzten Jahr etablierte Umleitung für Fälle mit kardiorespiratorischer Polysomnographie bis zwei Belegungstage in die E63Z *Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage* gilt nur noch für Patienten > 16 Jahre. Des Weiteren wurde die DRG A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender* in die MDC17 gemäß ihren Kosten sortiert. Betroffen davon sind Fälle mit einer Hauptdiagnose aus MDC 17, Stammzellentnahme und aufwendiger Chemotherapie. Diese Änderung wird ausführlich im Kapitel Onkologie erläutert.

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

3.3.6.1 Überleitung auf die ab 1. Januar 2011 gültigen Versionen der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen

Die Datenbasis, die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 zugrunde liegt, beruht auf medizinischen Daten des Jahres 2009 (Datenjahr 2009). Die Diagnosen wurden dementsprechend mit der ICD-10-GM Version 2009 und die Prozeduren mit dem OPS Version 2009 kodiert.

Nach Abschluss der Weiterentwicklung für das Jahr 2011 stand zunächst die G-DRG-Version 2009/2011 zur Verfügung. Diese wurde als Erste auf der Internetseite des InEK veröffentlicht. Diese Version stellt die erste Übergangsversion dar, die den G-DRG-Algorithmus des Jahres 2011 anhand der im Datenjahr 2009 gültigen Diagnose- und Prozedurenkodes definiert. Sie soll den Vertragspartnern auf Ortsebene ermöglichen, Budgetverhandlungen für das Jahr 2011 auf der Basis der Leistungsdaten des Jahres 2009, unter Berücksichtigung der für diesen Zweck ebenfalls auf der Internetseite des InEK veröffentlichten „Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung“, zu führen.

Zur Nutzung des G-DRG-Systems 2011 waren für die Gruppierung im Jahr 2011 mit den dann gültigen Leistungsbezeichnern zwei weitere Schritte notwendig.

In einem ersten Schritt wurde das G-DRG-System 2009/2011 auf das G-DRG-System 2010/2011 übergeleitet. Die für diesen Zweck notwendige Überleitung der Diagnose- und Prozedurenkodes wurde generell anhand der Überleitungstabellen, die vom DIMDI zur Verfügung gestellt wurden, durchgeführt. Anhand dieser Informationen konnte jedem der im Jahr 2010 gültigen Diagnosen- oder Prozedurenkodes die Funktion im Gruppierungsalgorithmus zugewiesen werden, die sein „Vorgängerkode“ in der Version 2009 der ICD- bzw. OPS-Klassifikationen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2011 erhalten hatte. Dabei wurden textliche, inhaltliche und formale Änderungen der Codes sowie Änderungen der Kodierrichtlinien berücksichtigt.

Auf diese Weise entstand die G-DRG-Version 2010/2011. Diese zweite Übergangsversion wurde ebenfalls auf der Internetseite des InEK der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt und dient, analog der Vorgängerversion 2009/2011, den Vertragspartnern vor Ort für Budgetverhandlungen. Die umfangreichen Änderungen und Anpassungen, die für diese Version notwendig waren, entsprechen weitestgehend den Änderungen, die bei der Überleitung der Übergangsversion 2009/2010 auf die G-DRG-Version 2010 vorgenommen wurden. Diese sind im Abschlussbericht des Jahres 2010 dargestellt.

Im zweiten Schritt wurde, analog zu diesem Vorgehen, die G-DRG-Version 2010/2011 auf die G-DRG-Version 2011 übergeleitet. Erneut dienten die vom DIMDI zur Verfügung gestellten Überleitungstabellen als Basis.

Die ab 1. Januar 2011 gültige ICD-10-GM Version 2011 enthält insgesamt 13.342 terminale Codes und somit 27 Codes mehr als die ICD-10-GM Version 2010 (13.315). 99% dieser Codes (13.222) unterscheiden sich weder hinsichtlich des Codes noch hinsichtlich des zugehörigen Textes.

Der OPS Version 2011 enthält insgesamt 27.513 Codes. Das sind 502 Codes mehr als im OPS Version 2010 (27.011). Die Mehrzahl dieser Codes (96%, 26.402) zeigt ebenfalls keinen Unterschied in Bezug auf den Code bzw. die inhaltliche Leistungsbeschreibung. Der OPS Version 2011 beinhaltet 344 Codes für Repositionen von Fraktur und Luxation oder Epiphysenlösung durch Fixateur externe mit interner Osteosynthese sowie Osteosyntheseverfahren durch Materialkombinationen, die im Geltungsbereich des

G-DRG-Systems nicht zu verwenden sind. Stattdessen sind bei Kombinationen von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren.

3.3.6.2 Behandlung nicht identischer Codes mit „Vorgängerkode“

Für identische Codes ergibt sich in der Regel keine Notwendigkeit einer Überleitung. Für nicht identische Codes bestand die gewählte Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des DIMDI orientierten klassifikatorischen Überleitung. In Einzelfällen musste von dieser Überleitung abgewichen werden. Es lassen sich damit zwei Varianten der Überleitung festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Im Folgenden sollen diese Varianten anhand von Beispielen erläutert werden.

Klassifikatorische Überleitung

Im Rahmen der klassifikatorischen Überleitung wird den Codes, die im Jahr 2011 Gültigkeit erhalten, die Funktion zugewiesen, die der „Vorgängerkode“ in der Version 2010/2011 gehabt hat. Typischerweise kommt dies bei einer Ausdifferenzierung von Codes vor.

So wird beispielsweise allen im Jahr 2011 neu etablierten fünfstelligen Codes aus D37.7- *Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane* die Funktion des im Jahr 2010 gültigen vierstelligen Codes D37.7 *Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane* zugewiesen.

Alter Code (ICD-10-GM Version 2010):

D37.7 *Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane*

Neue Codes (ICD-10-GM Version 2011):

D37.70 *Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pankreas*

D37.78 *Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane*

Alle neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Code D37.7 übergeleitet. Konkret bedeutet dies für das G-DRG-System 2011:

In jede Tabelle des G-DRG-Systems 2010/2011, in welcher der alte ICD-Code D37.7 verzeichnet ist, wurden für das G-DRG-System 2011 jeweils alle zwei neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind die folgenden Tabellen davon betroffen:

- Tabellen der gültigen Diagnose- und Hauptdiagnosecodes
- Hauptdiagnostentabelle der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- Verschiedene Diagnostentabellen der MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*, z.B. Hauptdiagnostentabelle der Basis-DRG G60 *Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane*
- *Eine Diagnostentabelle der Prä-MDC*

- Tabellen *Mehrere bzw. schwere Probleme Neugeborene*

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

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

In einigen Fällen ist es sinnvoll, von der klassifikatorischen Überleitung abzuweichen. So hat das DIMDI in der klassifikatorischen Überleitung die neuen OPS-Kodes der Kodegruppe 5-377.g- *Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Isolierte Sondenimplantation, endovaskulär* auf den Vorgängerkode 5-377.x *Implantation eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sonstige* übergeleitet. Damit würden diese OPS-Kodes im G-DRG-System 2011 eine Gruppierungsrelevanz u.a. in der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* erhalten.

Für die Kodegruppe 5-377.g- ist aus Sicht der Überleitung des G-DRG-Systems geboten, eine am Gruppierungsalgorithmus orientierte, vom DIMDI abweichende Überleitung auf den OPS-Kode 5-378.7x *Entfernung, Wechsel und Korrektur eines Herzschrittmachers und Defibrillators: Sondenwechsel: Sonstige* vorzunehmen, da dieser den neuen Codes aus medizinischer und ökonomischer Sicht eher entspricht, beispielsweise in Bezug auf die entstehenden Implantatkosten. Fälle mit diesen Leistungsbezeichnern werden aufgrund dieser Überleitung im G-DRG-Algorithmus 2011 innerhalb der MDC 05 nicht der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* zugeordnet, sondern stattdessen in der Basis-DRG F18 *Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters/Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel* abgebildet.

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

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden drei Varianten für die Berücksichtigung im G-DRG-System 2011:

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

Diese Varianten werden im Folgenden anhand von Beispielen erläutert.

Die Codes werden nicht berücksichtigt

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer Leistungsbereiche in den OPS dar. Aufgrund des Fehlens von Kosteninformationen zu Verfahren bzw. Diagnosen, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Ein Beispiel sind die neu in den OPS Version 2011 aufgenommenen Codes aus 3-03 *Komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation* oder der Kode 8-933 *Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie*. Diese Codes sind im G-DRG-System 2011 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Die Kodes werden anhand ergänzender Informationen einzelnen DRGs zugeordnet

In den Jahren 2010 oder 2011 neu etablierte OPS-Kodes sind in den regulären Kalkulationsdaten nicht vorhanden. Es ist in bestimmten Fällen jedoch möglich, über eine zusätzliche Datenerhebung oder mittels Hilfskonstrukten auf Basis verfügbarer Kodes in der Kalkulation dennoch eine Zuordnung zu einer DRG zu erreichen.

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

Die Kodes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Kodes zugeordnet

Dieses Verfahren wurde für die Abbildung einiger neu aufgenommener OPS-Kodes angewandt.

So wurde z.B. der ab dem Jahr 2010 gültige OPS-Kode 8-52c *Andere Schwerionentherapie* in der G-DRG-Version 2010/2011 so eingebunden, dass eine Berücksichtigung in den zahlreichen Strahlentherapie-DRGs analog den bereits existierenden OPS-Kodes für verschiedene Bestrahlungsverfahren erfolgt.

Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

Der ab dem Jahr 2011 gültige ICD-Kode C94.8 *Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]* wurde vom DIMDI klassifikatorisch auf keinen Vorgängerkode übergeleitet. Dieser Kode ist als Sekundärkode gekennzeichnet und somit als Hauptdiagnose nicht zulässig. Dementsprechend erfolgte für 2011 eine Übernahme ins G-DRG-System 2011 als unzulässige Hauptdiagnose in der MDC 17.

Hinweise zu Leistungsplanung und Budgetverhandlung

Anhand des beschriebenen Vorgehens konnte das Ziel erreicht werden, die größtmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen der ersten Übergangsversion 2009/2011 und der G-DRG-Version 2011 zu erhalten. Inhaltliche Unterschiede zwischen den Versionen sind dennoch nicht immer zu vermeiden. Zur korrekten Würdigung der Gruppierungsergebnisse mit den unterschiedlichen Versionen veröffentlicht das InEK ergänzend „Hinweise zu Leistungsplanung und Budgetverhandlung“ auf seiner Internetseite.

3.3.6.4 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM Version 2011 und OPS Version 2011 konnten wie auch im vergangenen Jahr ausschließlich beim DIMDI eingereicht werden. Die im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2011 beim InEK ein-

gegangenen Vorschläge zur Umformulierung bestehender Codes bzw. Etablierung neuer Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für das Jahr 2011 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit weiterer neuer Codes deutlich. Die entsprechenden Hinweise wurden vom InEK an das DIMDI weitergeleitet und konnten kurzfristig noch Eingang in den OPS Version 2011 bzw. in die ICD-10-GM Version 2011 finden. Beispielhaft genannt werden kann hier die weitere Differenzierung von Implantation und Wechsel eines interspinösen Spreizers nach der Anzahl der Segmente (OPS-Kodes 5-839.b ff., 5-839.c ff.).

Darüber hinaus wurden zahlreiche neue Codes zur Abbildung von „Neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“ (NUB) gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG in den OPS Version 2011 aufgenommen. Dies unterstützt einerseits die Detektion von Fällen für die Abrechnung vereinbarter NUB-Leistungen. Andererseits ermöglicht es in Zukunft Analysen zur Eingliederung dieser Leistungen in das G-DRG-System. Zu nennen sind hier beispielsweise die neuen Codes für das Einlegen von ungecoverten oder gecoverten Wachstumsstents an Gefäßen des Lungenkreislaufs (OPS-Kodes 8-838.k ff., 8-838.m ff.).

Weiterhin zu nennen sind zahlreiche neue OPS-Kodes zur Abbildung von Medikamenten und Dosisklassen, die ab 2011 im OPS zu finden sind, wie z.B. Codes aus 6-005.0 *Applikation von Medikamenten, Liste 5: Azacytidin, parenteral* zur Definition der Dosisklassen bei dem Zusatzentgelt ZE124 *Gabe von Azacytidin, parenteral*. Der Codebereich 5-893 *Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* wurde im OPS Version 2011 in die Bereiche *Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut* (OPS-Kodes 5-896 ff.) und *Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandwechsels) bei Vorliegen einer Wunde* (OPS-Kodes 8-192 ff.) differenziert. Dadurch wurde eine abgestufte Abbildungsmöglichkeit dieser Verfahren geschaffen. Darüber hinaus wurde die Darstellbarkeit von Eingriffen am Fuß im OPS Version 2011 im Codebereich 5-788 *Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes* umfangreich geändert. Dies ermöglicht zukünftig eine noch detailliertere Kodierung z.B. von Eingriffen an mehr als einem Strahl. Neu aufgenommen zur künftigen Untersuchung teurer Fälle wurden auch Codes für aufwendige Verfahren wie z.B. für die *Perkutan-transluminale Implantation von Stents zur Strömungslaminierung bei Aneurysmen* (OPS-Kodes 8-84b ff.), unterteilt nach der Anzahl der Stents und der Lokalisation.

Entsprechend der Vorgehensweise der Vorjahre wurden auch in der ICD-10-GM 2011 bestehende Diagnosecodes differenziert bzw. neue Codes aufgenommen, um Unterschiede in Aufwand und Ablauf von Behandlungen darstellbar zu machen. Zu nennen sind an dieser Stelle beispielhaft die nach dem Vorliegen bzw. Fehlen einer Ulzeration neu differenzierten ICD-Kodes I87.0- *Postthrombotisches Syndrom*. Hervorzuheben ist weiterhin die umfangreiche Neugestaltung der Codes für bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes des Kapitels II der ICD-10-GM, die eine Aktualisierung auf den Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Klassifikation darstellen und von der Weltgesundheitsorganisation übernommen wurde. Hiervon sind die Codebereiche C81-C96 und D45-D47 sowie D75 und D76 betroffen.

3.3.7 Anpassung der Deutschen Kodierrichtlinien

Wie auch schon in den vorausgegangenen Jahren lag der Schwerpunkt der diesjährigen Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien auf der Einarbeitung von Klarstellungen und redaktionellen Anpassungen. Redundanzen insbesondere zur ICD-10-GM sowie zum OPS sollten dabei vermieden werden. Zusätzlich erfolgte generell eine Anpassung an Änderungen der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation sowie der G-DRG-Klassifikation für 2011.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- DKR P001: Klarstellung hinsichtlich der Reihenfolge von Prozeduren, dass die aufwendigeren Prozeduren zuerst angegeben werden, da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Schlüsselnummer-Felder begrenzt ist
- DKR 0201: Anpassung der Kodierung von Fällen mit unbekanntem Primärtumor, bei denen die Aufnahme primär zur systemischen Chemotherapie erfolgt, an die generelle Regelung zur Aufnahme von Fällen zur systemischen Chemotherapie
- DKR 1525: Aufnahme von zwei Beispielen zur Erläuterung der Kodierung einer primären vs. einer sekundären Sectio caesarea

Im Anhang B der Deutschen Kodierrichtlinien Version 2011 sind ausführliche Informationen zu den durchgeführten Änderungen zusammengestellt.

Darüber hinaus ergab sich aus einer Änderung des OPS weiterer Änderungsbedarf in den Deutschen Kodierrichtlinien. Die Aufnahme des Codebereichs 8-192 *Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut ohne Anästhesie (im Rahmen eines Verbandswechsels) bei Vorliegen einer Wunde* in den OPS Version 2011 bedingte auch die Neuaufnahme dieser Codes in die Tabelle 1 „Prozeduren, die jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt zu kodieren sind“ der DKR P005.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Das G-DRG-System 2011 umfasst insgesamt 1.194 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System 2010 bietet die folgende Tabelle 18:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2011	1.194	- 6
davon im Fallpauschalen-Katalog	1.149	- 5
davon nicht bewertet (Anlage 3a)	40	- 1
davon rein teilstationäre DRGs	5	0
davon bewertet (Anlage 1c)	2	+ 1
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	23	+ 1
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	301	+ 6

Tabelle 18: Überblick über das G-DRG-System 2011

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

Im Zusatzentgelte-Katalog (Anlage 2 FPV 2011) befinden sich 82 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 81). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV 2011) liegt bei 64 (Vorjahr: 62).

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2011 verringert sich die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2010 um eins auf insgesamt 40 DRGs.

Die DRG B21B *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation* konnte erstmalig bewertet werden.

Die unbewertete DRG K01A *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung* des G-DRG-Systems 2010 ist unter dem Namen K01Z ansonsten unverändert im G-DRG-System 2011 abgebildet.

Die unbewertete DRG B61B *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt* des G-DRG-Systems 2011 entstand durch einen Split der unbewerteten DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks außer bei Transplantation* des G-DRG-Systems 2010, wobei wegverlegte Fälle mit einem komplexen Eingriff

und einer Verweildauer von weniger als 14 Tagen in die bewertete DRG B61A *Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt* gruppiert wurden.

Erwähnenswert ist die teilstationäre DRG L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre mit Peritonealdialyse*, die erstmalig bewertet werden konnte (siehe Kap. 3.3.2.9). Dadurch verringert sich die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten teilstationären DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2010 um eins auf insgesamt drei.

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

Die im Vergleich zum Vorjahr unveränderte kritische Gesamtwürdigung kalkulationsrelevanter Aspekte führte im G-DRG-System 2011 dazu, dass sich die 40 in Anlage 3a der FPV 2011 aufgeführten Fallpauschalen aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer kalkulationsrelevanter Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellten.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

Bei der diesjährigen Weiterentwicklung wurden erneut über 200 spezielle und hochaufwendige Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung im DRG-System geprüft. Nach den Verfahrenseckpunkten zur Umsetzung des § 6 Abs. 2 KHEntgG (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) sollen angefragte Methoden/Leistungen im Folgejahr auf ihre Möglichkeit zur Integration in das G-DRG-System untersucht werden. Entsprechend wurden ca. 90 angefragte Methoden/Leistungen für die Abbildung im Zusatzentgelte-Katalog analysiert.

Die Untersuchungsmethodik blieb gegenüber dem Vorjahr unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen bildeten die Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Gegenüber dem Vorjahr erhöhte sich die Zahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 der FPV 2011 um 1 auf insgesamt 82.

Tabelle 19 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2011 im Vergleich zum G-DRG-System 2010:

	G-DRG-System 2010	G-DRG-System 2011
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	28	29
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	52	52
Besondere Behandlungsformen	1	1
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	37	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	22	24
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	143	146

Tabelle 19: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2010 und 2011

Die besonderen Behandlungsformen sind die *palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), die *anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2011-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2011-36) sowie die *naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2011-40).

Die Selbstverwaltungspartner haben in ihrer Vereinbarung zur Bestimmung Besonderer Einrichtungen für das Jahr 2010 das InEK beauftragt, die als Besondere Einrichtungen geführten Palliativstationen einer genaueren Untersuchung zu unterziehen. Vor dem Hintergrund der Differenzierung des bestehenden Zusatzentgelts für die palliativmedizinische Komplexbehandlung (ZE60) für das G-DRG-System 2010 wurde im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2011 keine Tiefenanalyse der Besonderen Einrichtungen durchgeführt. Die Auswirkungen des differenzierten Zusatzentgelts können erst mit dem Datenjahr 2010 im Rahmen des Selbstverwaltungsauftrags zur genauen Untersuchung der Palliativstationen analysiert werden. Das differenzierte Zusatzentgelt wurde in der im Vorjahr ausführlich beschriebenen Vorgehensweise berechnet.

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

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

Im Bereich der operativen und interventionellen Verfahren gelang u.a. aufgrund verbesserter Kalkulationsdaten die Bewertung von mehreren zuvor der Anlage 4 zugeordneten Leistungen. Erstmals nach der Einführung als unbewertetes Zusatzentgelt konnte für

interspinöse Spreizer ein bewertetes Zusatzentgelt ausgewiesen werden (ZE125 *Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers*). Der Bewertung gingen eingehende Analysen und Prüfungen der Falldaten voraus. Auf der Grundlage plausibilisierter Daten aus einer Vielzahl von Kalkulationskrankenhäusern zeigte sich, dass die höheren Implantatkosten der Fälle mit interspinösem Spreizer in den betroffenen DRGs durch geringere variable Kosten teilweise kompensiert wurden, sodass sich für die Implantation eines interspinösen Spreizers ein geringerer ZE-Betrag ergab als für die Implantation jedes weiteren Spreizers. Eine ähnliche Konstellation zeigte sich bei der matrixinduzierten Chondrozytentransplantation. Auch hier gelang es, für das bislang unbewertete Zusatzentgelt das bewertete ZE 126 *Autogene/Autologe matrixinduzierte Chondrozytentransplantation* zu etablieren.

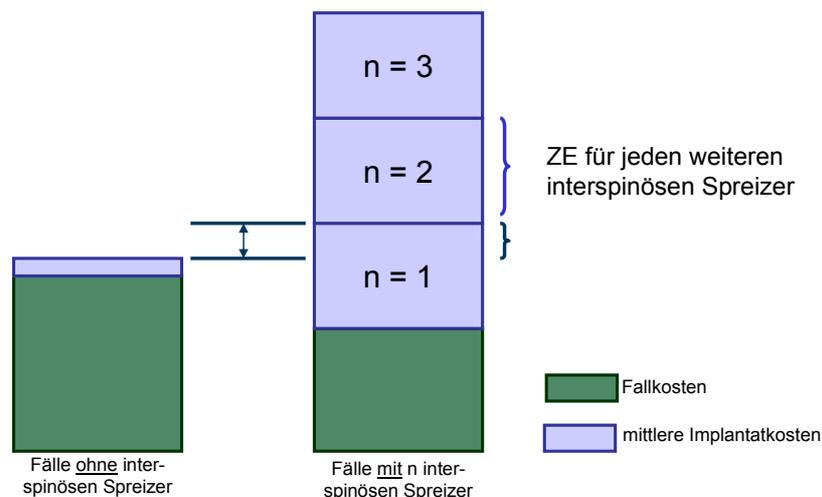


Abbildung 10: Kalkulation anhand des Beispiels Implantation oder Wechsel eines interspinösen Spreizers

Neu in den Fallpauschalen-Katalog für 2011 aufgenommen wurde das unbewertete Zusatzentgelt ZE2011-87 *Medikamente freisetzende Ballons an Koronargefäßen*. Diese Leistung war im Jahr 2010 als Neues Untersuchungs- und Behandlungsverfahren mit Status 1 bewertet. Zudem wurden die Prozeduren für das Einlegen eines Wachstumsstents in den Lungenkreislauf in das bereits bestehende ZE2011-68 *Implantation eines Wachstumsstents* integriert.

Ebenfalls wurde die seit 2009 im OPS-Katalog definierte Leistung der neuropädiatrischen Diagnostik in die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG für das Jahr 2011 aufgenommen (ZE2011-88 *Komplexe neuropädiatrische Diagnostik mit weiteren Maßnahmen*).

Ein zuvor als NUB definiertes Medikament konnte auf Basis der verfügbaren Daten neu als Zusatzentgelt definiert und bewertet werden (ZE124 *Gabe von Azacytidin, parenteral*). Weiterhin war im Bereich der Medikamente erneut ein deutlicher Preisverfall bei *Oxaliplatin, parenteral* festzustellen, was zur Streichung dieses Zusatzentgelts führte. Bei ZE17 *Gabe von Gemcitabin, parenteral* und ZE19 *Gabe von Irinotecan, parenteral* war ebenfalls ein deutlicher Preisverfall zu verzeichnen, was die Streichung der unteren Dosisklassen zur Folge hatte.

In die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden für das Jahr 2011 für Medikamentengaben zwei neue Zusatzentgelte aufgenommen, die als NUB-Leistungen 2010 mit Status 1 versehen waren (ZE2011-83 *Gabe von Sitaxentan, oral*, ZE2011-84 *Gabe von Ambrisentan, oral*). Diese Leistungen erfüllen zwar die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition, konnten je-

doch wie alle in Anlage 4 zusammengefassten Leistungen auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden.

3.4.2 Analyse des Pauschalierungsgrades

Die Gesamtzahl der DRGs ist in den letzten drei Jahren (G-DRG-Systeme 2009, 2010 und 2011) nach einem Anstieg von 1.192 auf 1.200 nun auf 1.194 gesunken. Parallel dazu verläuft die Entwicklung der Anzahl bewerteter DRGs von 1.146 über 1.154 auf 1.149.

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

- die geänderte Komplexität des Systems die Krankenhäuser betrifft und
- die leistungsgerechte Abbildung der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle durch das Absinken der Gesamtzahl der DRGs betroffen ist.

Analyse der Anzahl getroffener DRGs in den Krankenhäusern

Unter Ausblendung derjenigen DRGs, die pro Krankenhaus nur genau ein Mal getroffen werden, zeigt eine Analyse der vollstationären Daten gem. § 21 KHEntgG des Datenjahres 2009, dass weniger als 400 der rund 1.650 untersuchten Krankenhäuser in Deutschland während eines gesamten Jahres mehr als 500 verschiedene DRG-Fallpauschalen abrechnen. Rund 63% der dem KHEntgG unterliegenden Krankenhäuser rechnen höchstens 400 verschiedene DRG-Fallpauschalen ab (vgl. Abb. 11).

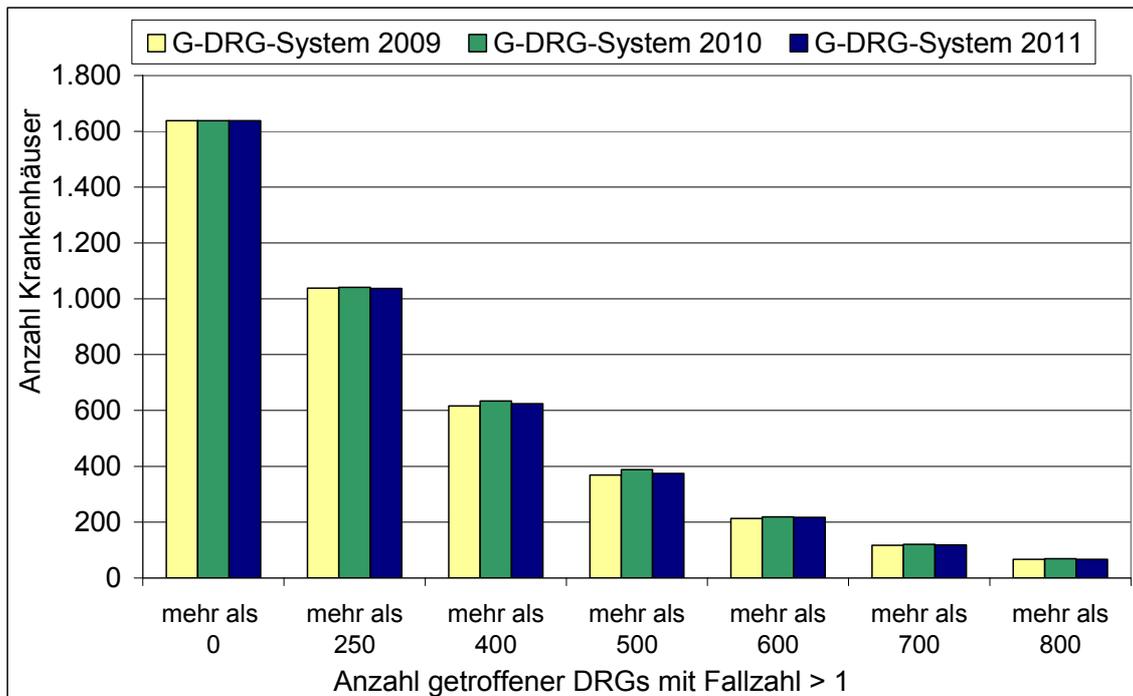


Abbildung 11: Anzahl getroffener DRGs pro KH (Fallzahl > 1) für die drei G-DRG-Systeme 2009, 2010 und 2011, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2009

Analyse des Fallanteils in den am häufigsten getroffenen DRGs

Die Abbildung der 200 fallzahlstärksten DRGs in einer Sättigungskurve zeigt, dass das G-DRG-System einen hohen Grad der Pauschalierung erreicht hat. Bereits die 200 fallzahlstärksten Fallpauschalen bilden rund 75% aller abrechenbaren vollstationären Fälle ab. Der Grad der Pauschalierung ist seit dem G-DRG-System 2009 nahezu unverändert (vgl. Abb. 12).

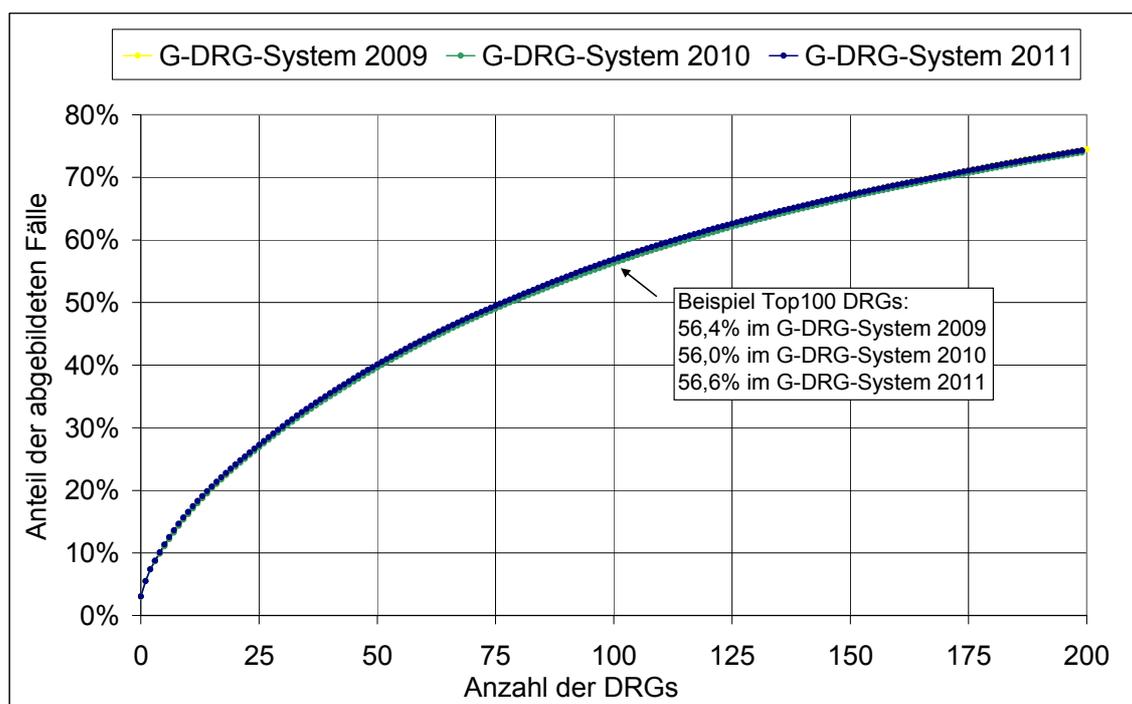


Abbildung 12: Anteil der vollstationären Fälle in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2009, 2010 und 2011, Basis: Vollstationäre Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2009

In der folgenden Darstellung (vgl. Abb. 13) wurden die Fälle getrennt nach Versorgung durch Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung analysiert. Der Pauschalierungsgrad ist bei belegärztlicher Versorgung deutlicher ausgeprägt als bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Mit den 100 fallzahlstärksten Fallpauschalen können bereits rund 80% aller abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung abgebildet werden. Für einen identischen Abbildungsgrad von rund 80% der abrechenbaren Fälle bei Versorgung in Hauptabteilungen sind etwas mehr als 200 DRGs erforderlich.

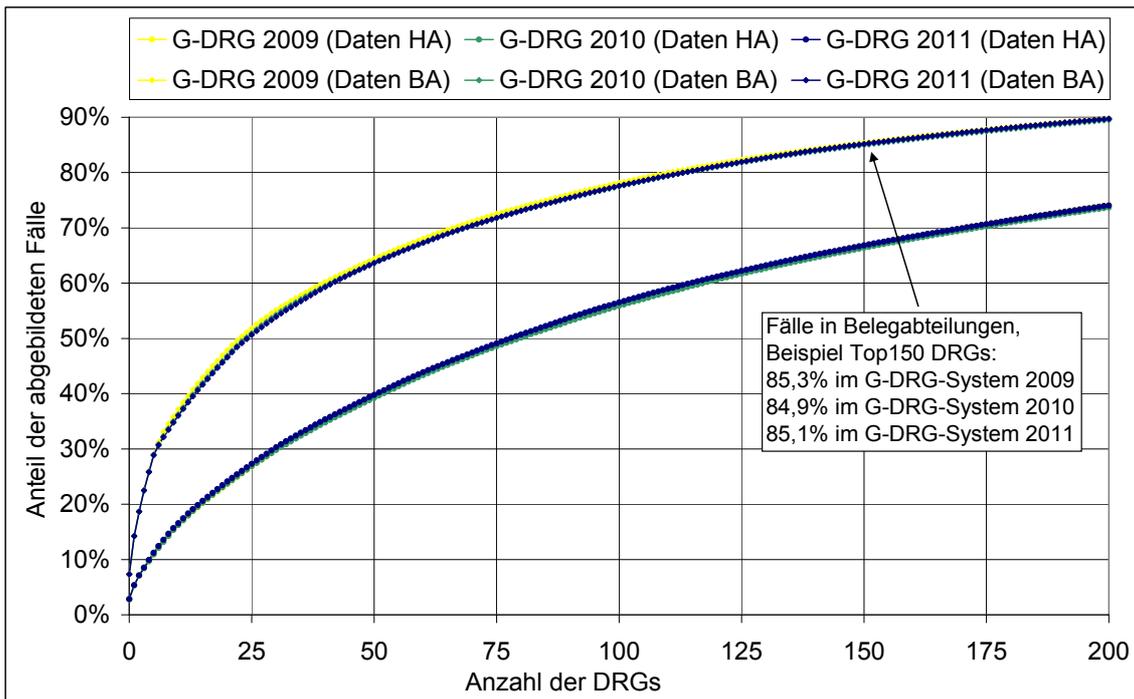


Abbildung 13: Anteil der Fälle in Haupt- und Belegabteilungen in den 200 fallzahlstärksten DRGs, G-DRG-Systeme 2009, 2010 und 2011, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahr 2009

Dieses Ergebnis konnte erwartet werden, nachdem die 83 eigenständig kalkulierten Fallpauschalen bei belegärztlicher Versorgung insgesamt 67% der abrechenbaren Fälle in belegärztlicher Versorgung darstellen (siehe Kap. 3.3.1.2 und Anhang A-2).

3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

Die Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen bildet die Grundlage zur Einschätzung der Güte pauschalierender Entgeltsysteme. Die Klassifikationsgüte des G-DRG-Systems wurde mit den folgenden Kostenstreuungsmaßen bewertet:

- dem R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion,
- dem Homogenitätskoeffizienten der Fallkosten sowie
- dem Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier.

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle zugrunde (siehe Kap. 3.2.1.1). Diese wurden sowohl nach dem G-DRG-System 2010 als auch nach dem G-DRG-System 2011 gruppiert.

Analysiert wurden die in beiden Fallpauschalen-Katalogen für Hauptabteilungen mit einer Bewertungsrelation versehenen DRGs. Die beiden Fehler-DRGs 960Z *Nicht gruppierbar* und 961Z *Unzulässige Hauptdiagnose* sowie die nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a) blieben unberücksichtigt. Außerdem wurden die expliziten Ein-Belegungstag-DRGs der beiden G-DRG-Systeme aus der Analyse ausgeschlossen, da ihre Festlegung nicht ausschließlich aus Gründen der Kostenhomogenität erfolgte.

Entsprechend wurden 1.131 DRGs im G-DRG-System 2010 bzw. 1.125 DRGs im G-DRG-System 2011 für die Analyse verwendet.

Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems 2011 im Vergleich zum G-DRG-System 2010 wurde der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion herangezogen. Dieses statistische Maß zeigt den durch die Klassifikation erklärten Anteil der Kostenstreuung an. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto höher ist die Güte des Systems.

In beiden Versionen wurden die R^2 -Werte auf Basis der Daten des Jahres 2009 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt. Es ergaben sich die folgenden Maße (siehe Tab. 20):

	G-DRG-System 2010	G-DRG-System 2011	Verbesserung (in %)
R^2 -Wert auf Basis aller Fälle	0,7532	0,7563	0,4
R^2 -Wert auf Basis der Inlier	0,8406	0,8432	0,3

Tabelle 20: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System 2010 und G-DRG-System 2011 (Datenbasis: Datenjahr 2009)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um 0,4% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von 0,8432 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System 2010 im Vergleich zur Version 2009 um 0,3% gesteigert werden.

Tendenziell bewirkt eine höhere Anzahl von Klassen eine Zunahme des R^2 -Wertes. Mit dem Rückgang von 1.200 auf 1.194 DRGs (bzw. von 1.131 auf 1.125 DRGs für die der R^2 -Analyse zugrunde liegende Datenbasis) ist ein automatischer R^2 -Rückgang von nachrangiger Bedeutung verbunden. Die Verbesserung der Varianzreduktion durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung des G-DRG-Systems unterscheidet sich allerdings um ein Vielfaches vom Effekt der Veränderung der DRG-Klassenzahl.

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden. In der folgenden Abbildung 14 sind die R^2 -Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R^2 -Wert für das G-DRG-System 2011 (linke Skala). Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2011 und der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System 2010 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich (rechte Skala).

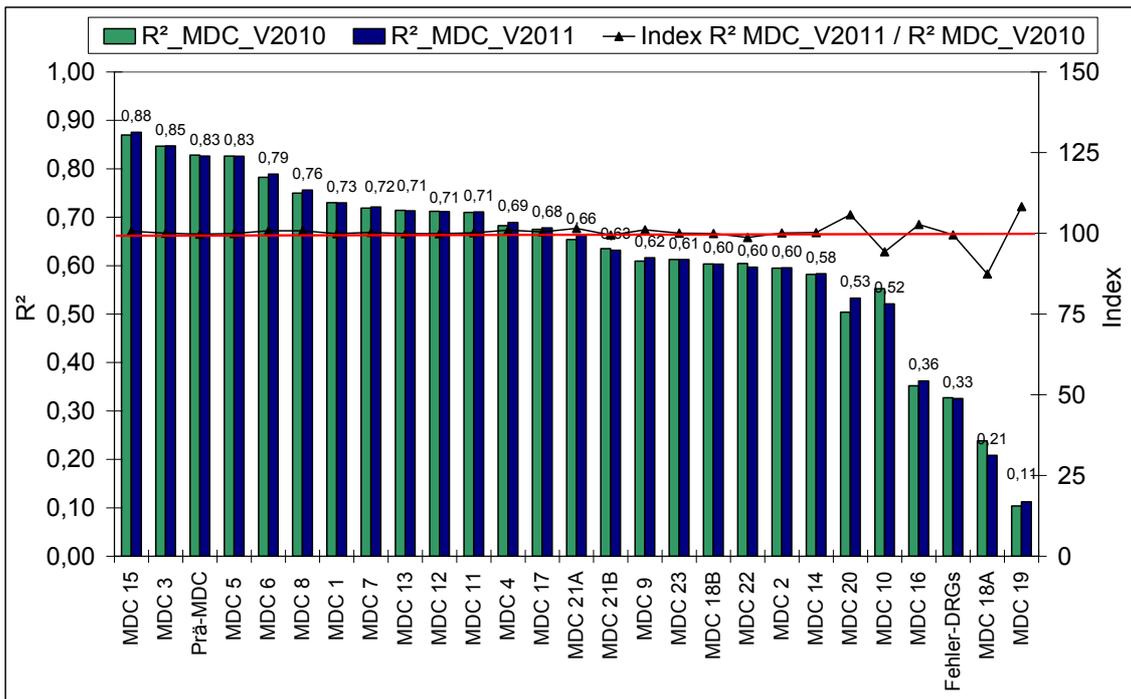


Abbildung 14: R²-Wert je MDC für G-DRG-Systeme 2010 und 2011, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System 2011), Datenjahr 2009

Die Darstellung zeigt, dass es Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs gibt. Allerdings sind die Veränderungen in beide Richtungen relativ gering. Bis auf drei MDCs ist eine positive Veränderung im G-DRG-System 2011 gegenüber der Version 2010 zu verzeichnen (Index >100).

In den folgenden MDCs

- MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* (Index 108,3),
- MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* (Index 105,8),
- MDC 16 *Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems* (Index 102,7) und
- MDC 21A *Polytrauma* (Index 10,15)

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

Die Varianzreduktion in den MDCs, die in beiden Versionen des G-DRG-Systems knapp die Hälfte der analysierten Fälle stellen (49,9%), ist nur wenig verändert:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,7301 auf 0,7295 (Index 99,9)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,8263 auf 0,8261 (Index 100,0)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,7826 auf 0,7890 (Index 100,8)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,7499 auf 0,7562 (Index 100,8)

Analyse der Kostenhomogenität

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

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2009) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 21):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System 2010		G-DRG-System 2011		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 60%	27	2,4	26	2,3	- 3,2
60 bis unter 65%	98	8,7	99	8,8	+ 1,6
65 bis unter 70%	409	36,2	404	35,9	- 0,7
70 bis unter 75%	327	28,9	313	27,8	- 3,8
75% und mehr	270	23,9	283	25,2	+ 5,4
Gesamt	1.131		1.125		

Tabelle 21: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-Systeme 2010 und 2011, Basis: Inlier, Datenjahr 2009

Die Klasse mit der höchsten Homogenität („75% und mehr“) steigt mit +5,4% deutlich an.

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

In Abbildung 15 ist neben den kumulierten Homogenitätsklassen (linke Skala) als Index das Verhältnis zwischen den Inlier-Anteilen in den jeweiligen Homogenitätsklassen für das G-DRG-System 2011 und für das G-DRG-System 2010 angegeben (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich.

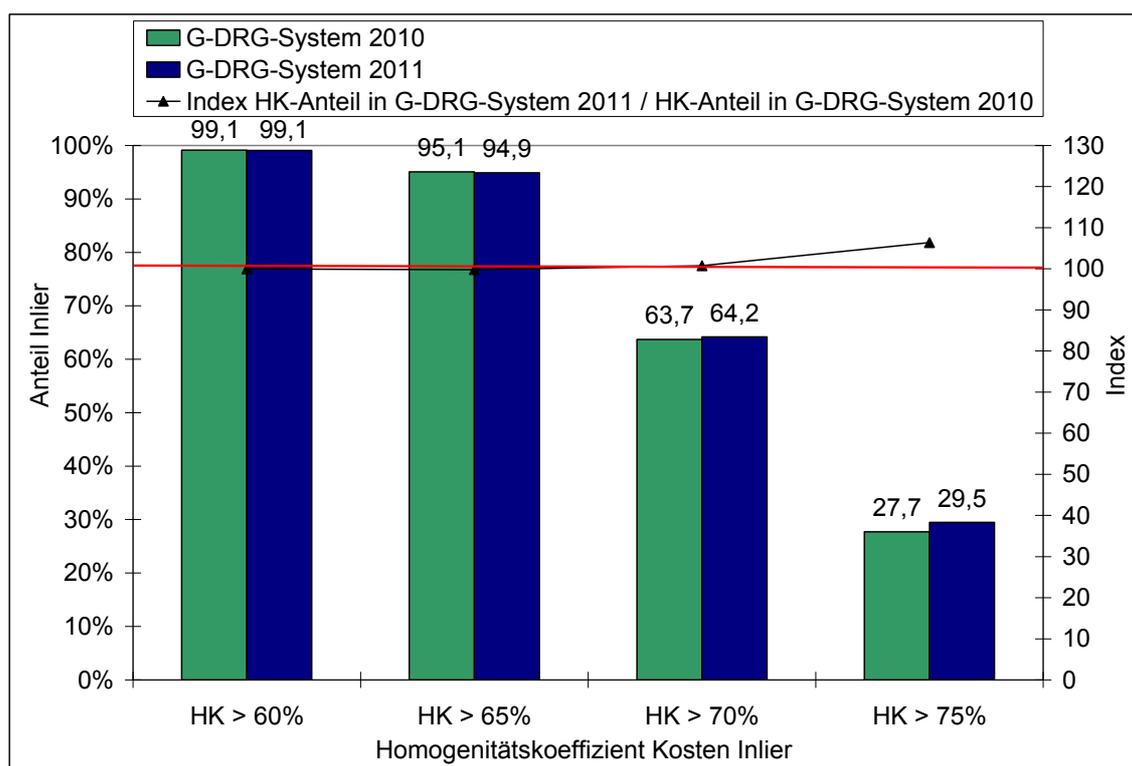


Abbildung 15: Vergleich der Fallkosten-Homogenitätsklassen für die G-DRG-Systeme 2010 und 2011 bezüglich Fallanteil, Basis: Inlier, Datenjahr 2009

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

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

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

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Die folgende Abbildung 16 zeigt den Fallanteil in den zu den verschiedenen Klassen gehörenden DRGs für die G-DRG-Systeme 2010 und 2011.

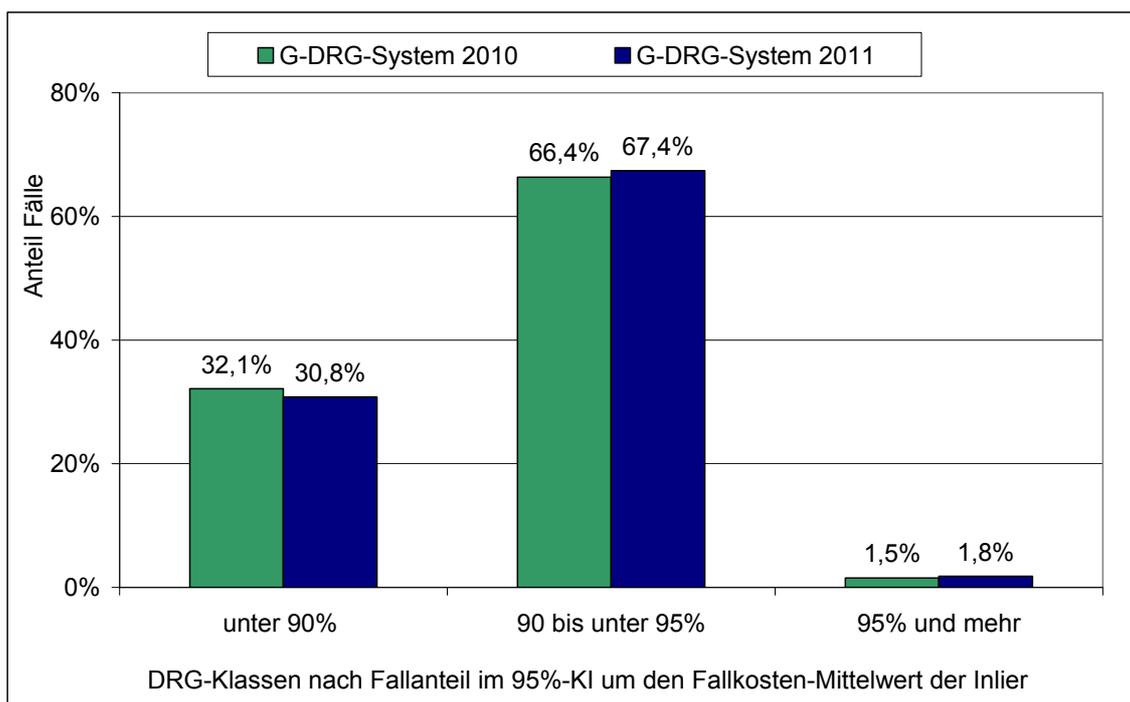


Abbildung 16: Vergleich der DRG-Klassen im 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier für G-DRG-Systeme 2010 und 2011 bezüglich Fallanteil, Datenjahr 2009

Es wird deutlich, dass der Fallanteil in den beiden Klassen mit mindestens 90% der Fälle innerhalb des 95%-Konfidenzintervall um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier im G-DRG-System 2011 im Vergleich zum G-DRG-System 2010 leicht gestiegen ist

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems 2011.

3.4.4 Analyse der Verweildauer

3.4.4.1 Verweildauervergleich der Datenjahre 2007, 2008 und 2009

Vor der Analyse auf Repräsentativität der Verweildauer wurde die Verweildauer in den Daten gem. § 21 KHEntgG untersucht. Als Analysebasis dienten die aus den Datenjahren 2007, 2008 und 2009 jeweils gemäß G-DRG-Version 2009 gruppierten, medizinisch plausibilisierten Fälle in Hauptabteilungen, ohne Fälle in expliziten Ein-Belegungstag-DRGs und nicht bewerteten DRGs (Anlage 3a). Der Analyse lagen jeweils knapp 16 Mio. Fälle zugrunde.

Im Durchschnitt ergab sich in den Daten gem. § 21 KHEntgG ein Verweildauerrückgang von 2,5% vom Datenjahr 2007 zum Datenjahr 2008 sowie ein weiterer Rückgang von 2,1% vom Datenjahr 2008 zum Datenjahr 2009 (siehe Tab. 22).

Daten gem. § 21 KHEntgG	Verweildauer-Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
Datenjahr 2007	7,46		
Datenjahr 2008	7,27	- 0,19	- 2,5
Datenjahr 2009	7,12	- 0,15	- 2,1

Tabelle 22: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2007 bis 2009, Hauptabteilungen, gruppiert nach G-DRG-Version 2009

Der Verweildauerrückgang im Vergleich der Datenjahre 2008 und 2009 in den Daten gem. § 21 KHEntgG verteilt sich ungleichmäßig auf die einzelnen DRGs. Während 621 DRGs (mit 86% aller Fälle) einen Rückgang von 0,1 bis unter 0,5 Tagen aufweisen, lässt sich für 179 DRGs, die zusammen ca. 4% der analysierten Fälle repräsentieren, ein Anstieg in der mittleren Verweildauer feststellen.

Betrachtet man nur die Datenjahre 2008 und 2009, so ergibt sich bei den 20 häufigsten DRGs, die 23,5% der Fälle in den Daten gem. § 21 KHEntgG des Jahres 2009 repräsentieren, ein Rückgang des Verweildauer-Mittelwerts von 0,19 Tagen bzw. 3,7%.

Die Ergebnisse einer Analyse getrennt nach Fällen in Hauptabteilungen bzw. in belegärztlicher Versorgung und eingeschränkt auf nur solche DRGs mit mindestens 20 Fällen in beiden Abteilungsarten ist in der folgenden Tabelle 23 dargestellt.

Nach dieser DRG-Filterung ist ein Verweildauerrückgang vom Datenjahr 2008 zum Datenjahr 2009 für beide Abteilungsarten von rund 3% erkennbar.

Daten gem. § 21 KHEntgG	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)	VWD Mittelwert	Differenz (in Tagen)	Differenz (in %)
	Hauptabteilung			Belegabteilung		
Datenjahr 2007	6,94			4,89		
Datenjahr 2008	6,73	- 0,20	- 2,9	4,85	- 0,13	- 2,6
Datenjahr 2009	6,55	- 0,18	- 2,6	4,68	- 0,18	- 3,7

Tabelle 23: Vergleich der Verweildauer-Mittelwerte der Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2007 bis 2009, DRGs mit Fallzahl > 20 in Haupt- und Belegabteilung

Im Vergleich zur Gesamtbetrachtung (vgl. Tab. 22) beträgt der Mittelwert der Verweildauer für das aktuell vorliegende Datenjahr 2009 für Fälle in Hauptabteilungen nun statt 7,12 noch 6,55 Tage. Der Verweildauerrückgang zeigt sich mit nun 2,6% im Vergleich zu 2,1% noch deutlicher.

Der Rückgang der Verweildauer im Laufe der letzten Datenjahre kann auch durch die Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen (vgl. Abb. 17) verdeutlicht werden.

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

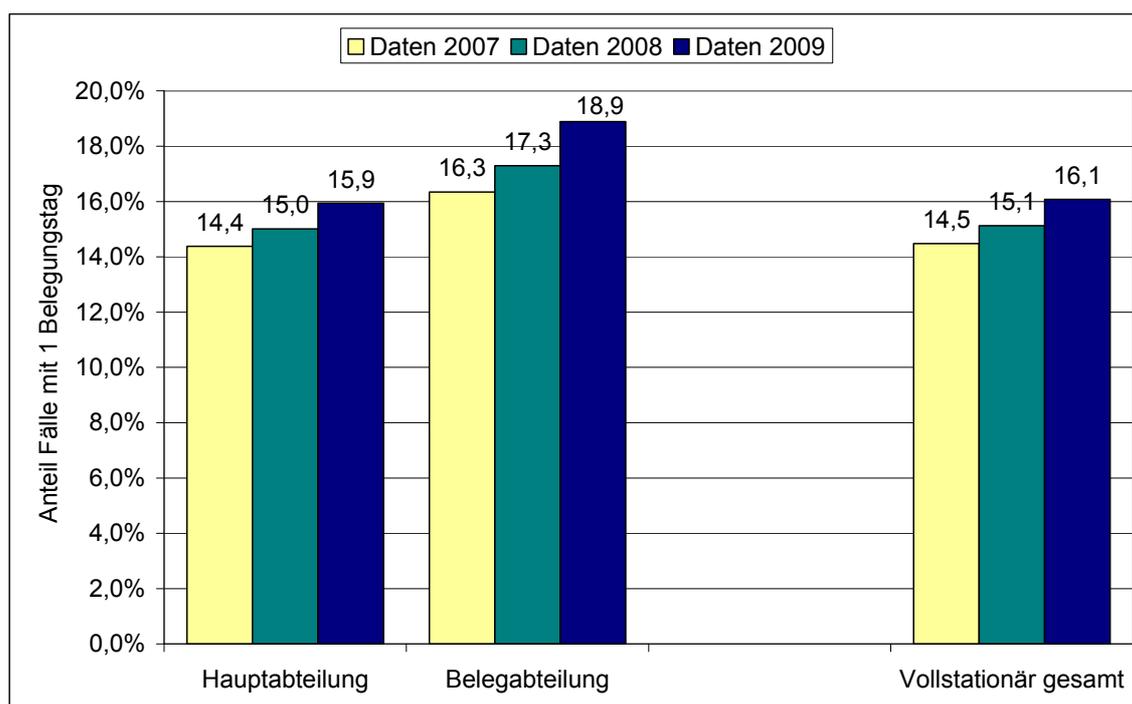


Abbildung 17: Entwicklung des Anteils der vollstationären Fälle mit einem Belegungstag an allen vollstationären Fällen, Basis: Daten gem. § 21 KHEntgG, Datenjahre 2007 bis 2009

3.4.4.2 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurden diese Daten mit den Daten gem. § 21 KHEntgG verglichen. In beiden Datengesamtheiten wurden die durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2011 definierten Inlier in Hauptabteilungen betrachtet. Dabei wurden aufnahme- und/oder entlassverlegte Fälle entsprechend der DRG-Zuordnung (siehe Kap. 3.3.1.5) berücksichtigt.

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen (siehe Kap. 3.3.1.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Für die rund 20,2 Mio. Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden Fallzusammenführungen und medizinische Plausibilitätsprüfungen durchgeführt (vgl. dazu auch Kap. 2.1 und 2.2).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der G-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden. Wegen fehlender Kostenangaben in den Daten gem. § 21 KHEntgG wurde für die Analyse hilfsweise die Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer zugrunde gelegt.

Überblick über das analytische Vorgehen

- Eine Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte zeigt auf, ob strukturelle Unterschiede zwischen den Verweildauern der Stichprobe (Daten der Kalkulationskrankenhäuser) und Grundgesamt (Daten gem. § 21 KHEntgG) vorliegen.

- Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer fokussiert auf das Streuungsverhalten und bietet damit eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

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

Diese Einschränkungen schlossen insgesamt 65 DRGs aus der Analyse aus. Der Analyse lagen somit 1.129 DRGs zugrunde.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG) fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus (siehe Abb. 18): Für 848 der 1.129 analysierten DRGs (75%) ist diese geringer als +/-0,5 Tage, 1.044 DRGs (92%) unterscheiden sich um höchstens +/- 1 Tag und für 1.105 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/- 2 Tage.

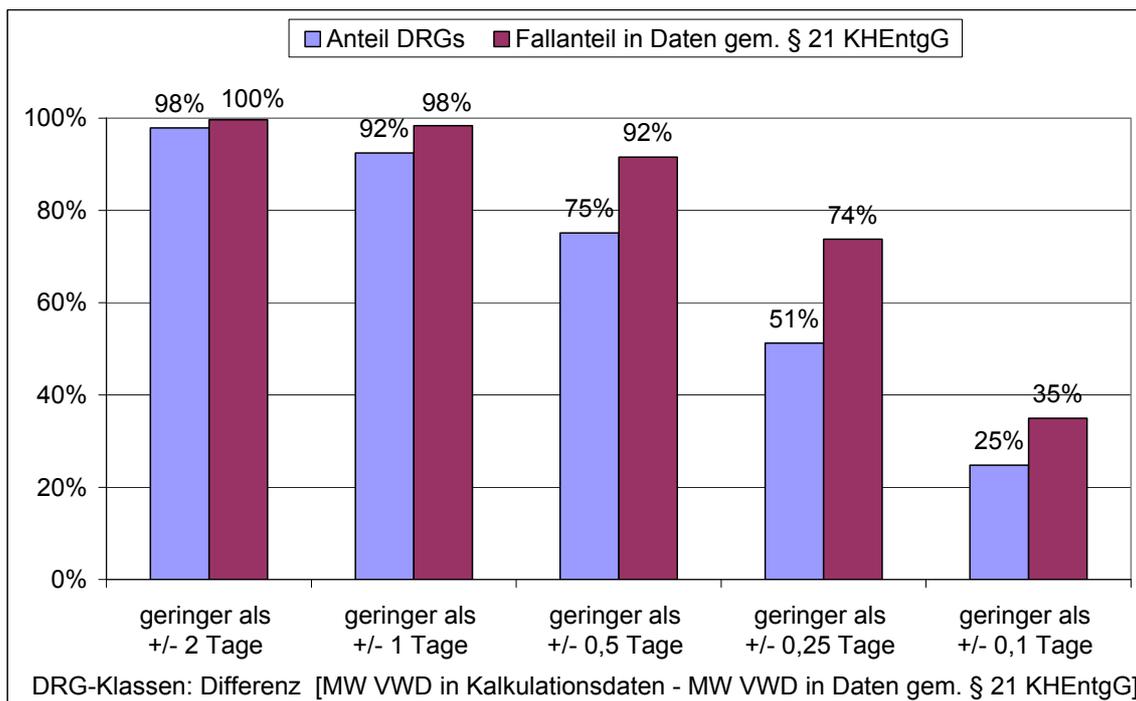


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – Daten gem. § 21 KHEntgG), getrennt nach DRG- und Fallanteil, Inlier, Datenjahr 2008

Im Hinblick auf die Fallanteile in den Daten gem. § 21 KHEntgG wird in der Analyse deutlich, dass 74% aller analysierten Fälle in DRGs liegen, deren Verweildauer-Mittelwerte sich um höchstens 0,25 Tage unterscheiden. Bei der Abweichung von +/- 0,5 Tagen sind dies bereits 92% aller analysierten Fälle.

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG ist durch die Analyse des Streuverhaltens der Verweildauer möglich. Hierzu wird der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer herangezogen.

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 19 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der Daten gem. § 21 KHEntgG haben sehr ähnliche Verteilungen.

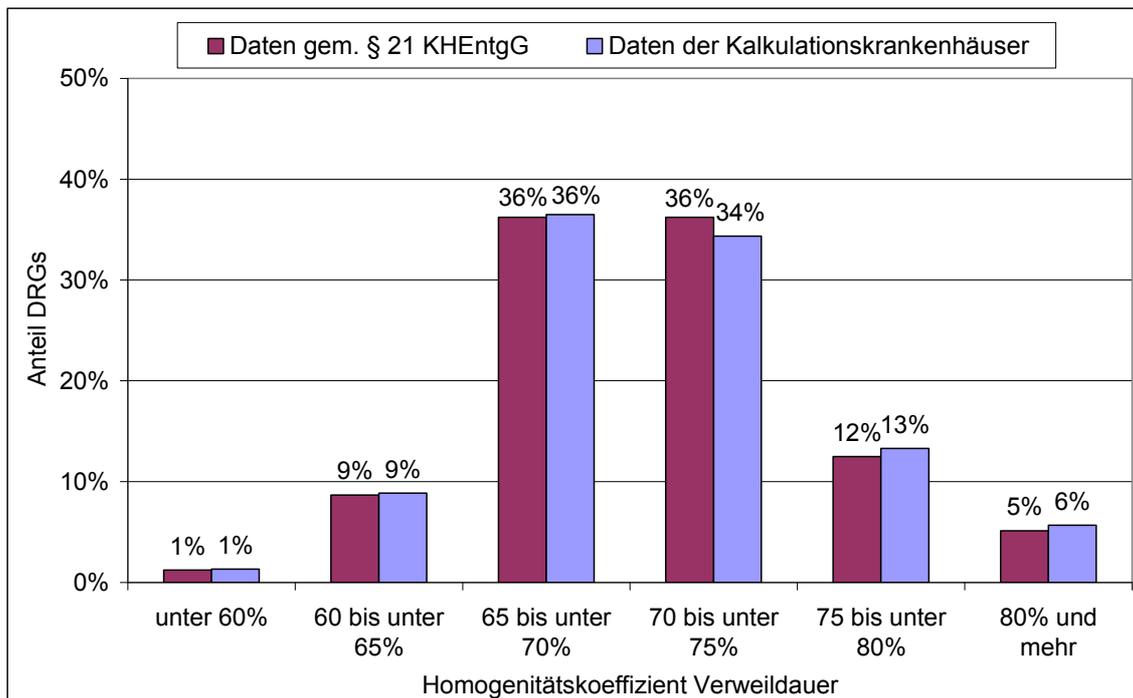


Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG, Inlier, Datenjahr 2009

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

Für 1.107 von 1.129 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105, d.h. die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/- 5%. Eine Abweichung von höchstens +/- 2,5% liegt bei 1.020 DRGs (90% von 1.129 DRGs) vor.

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

Fazit

1. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 1.129 DRGs eine vernachlässigbare Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
2. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, der stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den Daten gem. § 21 KHEntgG.
3. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern zeigen unter Berücksichtigung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts, dass
 - a) die Plausibilitätsprüfungen keine sogenannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
 - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte G-DRG-System 2011 bildet somit die Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Kalkulation der Ausbildungskosten

Nach den Vorgaben des § 17a Abs. 4b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) fand für das Datenjahr 2009 erstmalig die Kalkulationsrunde zur Ermittlung berufsbezogener Ausbildungskosten statt. Die Vertragsparteien auf Bundesebene haben das InEK mit der Durchführung der Ausbildungskostenkalkulation beauftragt. Ausbildungsstätten können sich seit diesem Jahr auf freiwilliger Basis an der Erhebung der Kostendaten beteiligen. Die teilnehmenden Ausbildungsstätten übermittelten nach den Vorgaben des Handbuchs zur Kalkulation der Ausbildungskosten zusätzlich zu den gem. § 21 KHEntgG verpflichtenden Angaben in der Datei „Ausbildung“ einen nach Finanzierungstatbeständen differenzierten Kostendatensatz je Ausbildungsberuf. Das Kalkulationsergebnis besteht aus zwei Teilen, den Kosten der Ausbildungsstätte und den Mehrkosten der Ausbildungsvergütung. Die Kalkulation der Kosten der Ausbildungsstätte basiert auf den Daten der Datei „Ausbildungskosten“. Die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sollen primär aus den Daten gem. § 21 KHEntgG ermittelt werden. An der Kalkulation 2010 nahmen 91 Ausbildungsstätten mit insgesamt 168 Kalkulationsdatensätzen teil.

Plausibilisierung der Kalkulationsdatensätze

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

Plausibilisierung Ausbildungskosten

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

Theoretischer und praktischer Unterricht:

- Prüfung Stundensätze der Lehrer und Honorarkräfte
- Prüfung der Klassengröße (Lehrer-Schüler-Verhältnis)

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

Praktische Ausbildung:

- Prüfung Stundensätze der Praxisanleiter
- Prüfung Praxisanleitungsstunden pro Auszubildendem pro Jahr
- Verprobung der Gruppengröße

Die Überprüfung erfolgte unter Beachtung der unterschiedlichen Vorgaben der Bundesländer bezüglich des Mindestumfangs der Praxisanleitung je Auszubildendem pro Jahr. Die Personalkosten der Praxisanleiter je Stunde wurden auf Basis der durchschnittlichen Personalkosten examinierter Pflegekräfte plausibilisiert.

Sachaufwand der Ausbildungsstätte:

- Prüfung Sachkosten mit unplausiblen Kostenwerten

Gemeinkosten

- Prüfung der Kalkulationsmethode (verwendete IBLV-Schlüssel, Zuordnung der Kostenstellen, Plausibilität der Ausgangsgrößen)

Das Hauptaugenmerk bei der Plausibilisierung der Gemeinkosten lag bei der Überprüfung der verursachungsgerechten Abgrenzung der im Rahmen der Kostenstellenverrechnung (IBLV) von der verbundenen Einrichtung (Krankenhaus) auf die Ausbildungsstätte verrechneten Kostenanteile. Insbesondere wurde analysiert, ob betriebliche Verflechtungen zwischen den leistenden und den empfangenden Kostenstellen der Ausbildungsstätte vorlagen und ob sachgerechte IBLV-Schlüssel verwendet wurden.

Plausibilisierung der Daten gem. § 21 KHEntgG „Ausbildung“

Zur Ermittlung der Mehrkosten der Ausbildungsvergütung sollte auf die im Rahmen der Daten gem. § 21 KHEntgG übermittelten Angaben zu den Ausbildungsvergütungen und zu den durchschnittlichen Personalkosten je examinierter Vollkraft zurückgegriffen werden. Die Einzelüberprüfung dieser Angaben zeigte, dass die Werte eine hohe Spannweite aufwiesen. Auf Basis von Rückfragen an die Ausbildungsstätten musste der Schluss gezogen werden, dass die Übermittlungsvorgaben für die Daten gem. § 21 KHEntgG häufig nicht korrekt umgesetzt wurden. Eine sachgerechte Kalkulation auf dieser Basis war demnach für die Mehrkosten der Ausbildungsvergütung nicht möglich.

Kalkulationsbedingungen

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

Als weitere Kalkulationsbedingungen auf Bundesebene sollte die Stichprobe einen Anteil von mindestens 10% der Grundgesamtheit aufweisen und aus mindestens drei Bundesländern stammen. Kein Bundesland sollte dominieren, d.h. der Anteil der Kalkulationsdatensätze eines Bundeslandes musste unter 50% liegen.

Ergebnis und Ausblick

Unter Berücksichtigung der Kalkulationsbedingungen konnten für die Ausbildungsberufe A05 (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in) und A06 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in) bundesweite Kalkulationsergebnisse ermittelt werden. Für die übrigen Ausbildungsberufe waren die genannten Kalkulationsbedingungen nicht erfüllt.

Für den Ausbildungsberuf A05 (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in) wurden bei einer Stichprobe von 55 der bundesweit 441 Ausbildungsstätten vom Typ A (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG) folgende Kosten je Platz (ungewichtet) ermittelt:

	Mittelwert	Median	Standard-Abweichung	Minimum	Maximum
Theoretischer und praktischer Unterricht	3.702	3.619	698	2.405	5.385
Praktische Ausbildung	3.289	3.225	727	1.953	4.667
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	471	412	232	110	1.178
Gemeinkosten	1.866	1.778	723	699	3.819
Gesamt	9.327	9.329	1.314	6.308	13.320

Abbildung 20: Ausbildungsberuf A05: Durchschnittliche Kosten (EUR) je Platz, Datenjahr 2009

Für den Ausbildungsberuf A06 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in) wurden bei einer Stichprobe von 19 der insgesamt bundesweit 132 Ausbildungsstätten vom Typ A (nach Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG) folgende Kosten je Platz (ungewichtet) ermittelt:

	Mittelwert	Median	Standard-Abweichung	Minimum	Maximum
Theoretischer und praktischer Unterricht	4.459	4.243	973	2.937	7.036
Praktische Ausbildung	3.683	3.793	894	1.830	5.123
Sachaufwand der Ausbildungsstätte	509	471	249	192	1.075
Gemeinkosten	2.203	2.022	975	628	4.005
Gesamt	10.854	10.340	1.660	8.659	14.450

Abbildung 21: Ausbildungsberuf A06: Durchschnittliche Kosten je Platz, Datenjahr 2009

Für eine sachgerechte Kalkulation ausbildungsberufsbezogener Kosten für weitere in § 2 Nr. 1a KHG genannte Ausbildungsberufe sowie eine zusätzliche Differenzierung der Kalkulationsergebnisse auf Länderebene ist eine Erweiterung der Datenbasis dringend erforderlich. Für das Datenjahr 2010 sind zudem ausführlichere Prüfungen der Daten gem. § 21 KHEntgG sowie differenziertere ergänzende Datenabfragen zur Plausibilisierung der Kalkulationsdatensätze vorgesehen.

5 Perspektiven der Weiterentwicklung

Der Erkenntnisgewinn durch den aktiven Einsatz des G-DRG-Systems im Abrechnungsverkehr zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wird im Sinne eines lernenden Systems konstruktiv für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eingesetzt. Die Verwertung der veröffentlichten Daten gem. § 21 KHEntgG insbesondere im wissenschaftlichen und krankenhauplanerischen Bereich schafft zusätzliche Erkenntnisse, die ebenfalls bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Berücksichtigung finden. Bereits jetzt bekannte Anhaltspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems werden im Folgenden kurz angesprochen.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Die Weiterentwicklung der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen reflektiert einerseits die sich jährlich erhöhenden Kalkulationsanforderungen und andererseits die Verbesserungen der Kostenrechnung in den Krankenhäusern. Die Ergebnisse der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen der diesjährigen Kalkulationsrunde zeigen noch Potential für Verbesserungsmöglichkeiten der Datenqualität auf. Dieses Verbesserungspotential in der Datenqualität aufgreifend werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen in der kommenden Kalkulationsrunde kontinuierlich weiterentwickelt. Beispielsweise werden erneut die Leistungszeiten in den Bereichen OP und Anästhesie erfasst und erweiterten inhaltlichen Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zugeführt. Gleichzeitig wird durch eine Fortschreibung der Fehlerprüfungen im (technischen) Fehlerverfahren der Datenstelle die Datenqualität der Daten gem. § 21 KHEntgG in der Vollerhebung der Leistungsdaten angehoben. Für das Datenjahr 2010 stehen erstmals auch Daten des zum 01.01.2010 eingeführten OPS-Kodes für hochaufwendige Pflege von Patienten (Pflegekomplexmaßnahmen-Score – PKMS) zur Verfügung. Die dokumentierten Leistungen sollen als Basis dienen, um den gesetzlichen Auftrag zur zielgerichteten Zuordnung von Finanzmitteln zu Bereichen mit erhöhtem pflegerischem Aufwand (vgl. § 4 Abs. 10 KHEntgG) für das Jahr 2012 umzusetzen.

Kalkulationsmethodik

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

Ausbildungskostenkalkulation

Die Ausbildungskostenkalkulation wird auch im folgenden Jahr durchgeführt. Zur Verbesserung der Datenbasis ist eine breitere Teilnahme von Ausbildungsstätten wünschenswert. Insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichen regionalen Differenzierung der Richtwerte gem. § 17a Abs. 4b KHG ist eine breite Beteiligung von Ausbildungsstätten aus allen Bundesländern anzustreben. Die erstmalige Kalkulation hat auch gezeigt, dass die Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG in der Datei „Ausbildung“ noch Auffälligkeiten enthält, die sich dem bisherigen Fehlerverfahren entzogen haben. Eine entsprechende Verschärfung des technischen Fehlerverfahrens in der Datenstelle ist für die Datenübermittlung zum 31.03.2011 vorgesehen.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-3:

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

Tabelle A-4-1:

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

Tabelle A-4-2:

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

Tabelle A-4-3:

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

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

Tabelle A-1:

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma
A07A	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A07C	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2208 Punkte
A09A	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit angeborener Fehlbildung oder Tumorerkrankung, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmed. Komplexbehandlung > 3220 Aufwandspunkte und hochkomplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit kompl. OR-Proz. od. Polytrauma od. int. Komplexbeh. > 3220 P., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., oder ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, mit kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2209 - 3220 P. oder Alter < 16 J.
A11A	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit hochkompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1656 Punkte oder mit Eingriff bei angeb. Fehlb., Alter < 2 Jahre oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konstell., mit int. Komplexbeh. > 1656 P. oder Alter < 16 Jahre
A11B	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Proz., mit kompliz. Konstell. od. sehr kompl. Eingr. oder Alter < 16 Jahre, ohne Eingr. bei angeb. Fehlbildung od. Alter > 1 J. od. ohne komplexe OR-Proz., mit Tumorerkr. od. angeb. Fehlb., Alter < 3 J.
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeb. Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 1656 Punkte, Alter > 15 Jahre
A13A	Beatmung > 95 und < 250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 1656 Punkte oder > 1104 Punkte mit komplexer OR-Prozedur oder mit kompliz. Konstellation, bestimmter OR-Prozedur und Alter < 16 Jahre oder bei Lymphom und Leukämie
A13B	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne hochkompl. Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1104 P., mit kompliz. Konst. od. sehr kompl. Eingriff oder bei angeb. Fehlb., Alter < 2 J. oder ohne kompl. OR-Proz., mit int. Komplexbeh. > 1104 P., mit kompliz. Konst.
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1105 bis 1656 P., außer bei Leukämie und Lymphom, ohne kompliz. Konstellation oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1104 P.
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter < 18 Jahre oder mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 17 Jahre, ohne In-vitro-Aufbereitung
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 15 Jahre
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 und < 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation

DRG	DRG-Text
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
B03A	Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetraplegie od. Eingriffe an Wirbelsäule u. Rückenmark b. bösart. Neubild. od. m. äußerst schweren od. schw. CC od. Eingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie m. äußerst schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie

DRG	DRG-Text
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte oder > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte und < 1657 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B80Z	Andere Kopfverletzungen
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnahme oder Alter < 16 Jahre
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnahme, Alter > 15 Jahre
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D18Z	Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen, ohne intensitätsmodulierte Radiotherapie
D20A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter > 70 Jahre oder mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
D20B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter < 71 Jahre, ohne äußerst schwere CC
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Ingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeborenem Herzfehler, mit intraop. Ablation oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, ohne intraoperative Ablation
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, außer bei Endokarditis, Alter > 15 Jahre
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 552 P. u. < 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. endovask. Impl. v. Stent-Proth. a. d. Aorta od. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem.
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G29B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff oder mit Komplexbehandlung der Hand oder mit aufwändigem rekonstruktiven Eingriff bei angeborener Fehlbildung der Hand

DRG	DRG-Text
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageneingriffe an der unteren Extremität
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J16Z	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen

DRG	DRG-Text
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation
O01B	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konstell. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie währ. d. Gestationsperiode m. OR-Proz.

DRG	DRG-Text
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren

DRG	DRG-Text
P05C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden

DRG	DRG-Text
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegeg. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit mäßig komplexer Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplant., ohne äußerst schwere CC oder mit mäßig komplexer Chemoth. mit äußerst schweren CC oder mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplant., ohne äußerst schwere CC oder mit mäßig komplexer Chemoth. mit äußerst schweren CC oder mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, sek. bösartiger Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, sekundärer bösartiger Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC und komplexer Diagnostik bei Leukämie
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 6 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 5 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63H	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit

DRG	DRG-Text
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte

Tabelle A-2:

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

DRG	DRG-Text
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit kompl. Tympanoplastik oder bestimmter Mastoidektomie oder kompl. Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne bestimmte Mastoidektomie, ohne komplexe Diagnose
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13Z	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Ingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Ingr. od. Ingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom
G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre
G67D	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dial./kompl. Eingr., Alt. > 2 J., oh. äuß. schw. CC od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr., oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 75 J., außer bei Para- / Tetraplegie
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige kompl. Eingriffe, ohne Eingriffe bei deformierenden Erkrankungen, ohne kompl. Spondylodese, ohne bestimmte Osteosynthesen, ohne Kyphoplastie m. äuß. schw. od. schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, ohne Wirbelfraktur, außer bei Para- / Tetraplegie
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, mit mäßig komplexem Eingriff
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, ohne mäßig komplexen Eingriff
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, mit mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20F	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., ohne Zerebralparese od. schw. Weichteilschaden, ohne Knochentranspl. od. Impl. einer Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, ohne Eing. an mehr als einem Strahl, ohne chron. Polyarthritits, Alter > 15 J.

DRG	DRG-Text
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte Eingriffe am Weichteilgewebe
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC, ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsber., mehr als ein Bel.tag, Alt. > 55 J. od. m. auß. schw. od. schw. CC od. m. Para- / Tetrapl., auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn. od. and. Frakturen am Femur
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter < 56 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Kontinenztherapie, ohne äußerst schwere CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Uretorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Belegtag oder Beschwerd. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisierung an anderen abdominalen Gefäßen
N05B	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie

DRG	DRG-Text
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O64B	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit auß. schw. oder schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexe Diagnose, 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW)
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 26 oder mehr als 33 vollendete Wochen
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag

Tabelle A-3:

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

ICD 2009	ICD-Text	Status
B25.0	Pneumonie durch Zytomegalieviren	Aufnahme
B25.1	Hepatitis durch Zytomegalieviren	Aufnahme
B25.2	Pankreatitis durch Zytomegalieviren	Aufnahme
B25.80	Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren	Aufnahme
B25.88	Sonstige Zytomegalie	Aufnahme
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
E61.0	Kupfermangel	Streichung
F10.0	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch]	Streichung
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung	Streichung
G01	Meningitis bei anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten	Aufnahme
G04.0	Akute disseminierte Enzephalitis	Aufnahme
G04.1	Tropische spastische Paraplegie	Aufwertung
G04.2	Bakterielle Meningoenzephalitis und Meningomyelitis, anderenorts nicht klassifiziert	Aufnahme
G04.8	Sonstige Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis	Aufnahme
G04.9	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis, nicht näher bezeichnet	Aufnahme
I46.1	Plötzlicher Herztod, so beschrieben	Streichung
I46.9	Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	Streichung
J90	Pleuraerguss, anderenorts nicht klassifiziert	Aufnahme in Ausschlussliste
J91	Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	Aufnahme in Ausschlussliste
O47.1	Frustrane Kontraktionen ab 37 oder mehr vollendeten Schwangerschaftswochen	Streichung
O47.9	Frustrane Kontraktionen, nicht näher bezeichnet	Streichung

ICD 2009	ICD-Text	Status
T80.1	Gefäßkomplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Abwertung
T80.2	Infektionen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Abwertung
T80.8	Sonstige Komplikationen nach Infusion, Transfusion oder Injektion zu therapeutischen Zwecken	Abwertung
T81.9	Nicht näher bezeichnete Komplikation eines Eingriffes	Streichung
T88.8	Sonstige näher bezeichnete Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	Streichung
T88.9	Komplikation bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, nicht näher bezeichnet	Streichung
U80.6	Pseudomonas aeruginosa und andere Nonfermenter mit Resistenz gegen Carbapeneme, Chinolone, Amikacin, Ceftazidim oder Piperacillin/Tazobactam	Aufwertung
U80.7	Burkholderia und Stenotrophomonas mit Resistenz gegen Chinolone, Amikacin, Ceftazidim, Piperacillin/Tazobactam oder Cotrimoxazol	Aufwertung

Tabelle A-4-1:

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

DRG	DRG-Text
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch
A07A	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem oder dreizeitigem komplexen Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
A07B	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, mit Polytrauma oder komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter < 16 Jahre
A07D	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose
A09B	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3220 Aufwandspunkte, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
A09E	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, ohne angeborene Fehlbildung od. Tumorerkrankung od. Alter > 2 J., ohne kompliz. Konstell., Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1380 P., mit kompl. Diagn. od. kompl. Proz.
A11B	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Proz., mit kompliz. Konstell. od. sehr kompl. Eingr. oder Alter < 16 Jahre, ohne Eingr. bei angeb. Fehlbildung od. Alter > 1 J. od. ohne komplexe OR-Proz., mit Tumorerkr. od. angeb. Fehl., Alter < 3 J.
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter > 15 Jahre
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
A61Z	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom
B17D	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven u. and. Teilen d. Nervensyst. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn. od. Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neuropathie oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. >18 J., oh. kompl. Diagn., oh. mäßig kompl. Ingr.
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag
B64Z	Delirium
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme

DRG	DRG-Text
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme
B75B	Fieberkrämpfe, Alter > 0 Jahre
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
B77Z	Kopfschmerzen
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC
D05A	Komplexe Parotidektomie
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom

DRG	DRG-Text
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden oder mit kompliz. Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder ARDS, Alter < 16 Jahre
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre
E62A	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder mit hochkomplexer Diagnose oder mit komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E62B	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag u. Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren od. schw. CC, Alt. > 0 J., außer b. Para- / Tetraplegie od. ein Belegungstag od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J., m. RS-Virus-Infektion
E69F	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation
E77C	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne intensivmed. Komplexb. im Kindesalter > 72 Std., oh. Komplexb. b. multires. Erregern, oh. angeb. Fehlbild.syndr., mit sehr kompl. Diagn. und äuß. schw. od. schw. CC oder bei Z. n. Transplantation
E77F	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, bei Para- / Tetraplegie
F01C	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, ohne intraoperative Ablation

DRG	DRG-Text
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablative Maßnahmen, ohne PTCA
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC oder mit Vorhofohrverschluss
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne Vorhofohrverschluss, Alter > 5 Jahre
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne Ulzeration, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation bei koronarer Herzkrankheit oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere oder schwere CC
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
F95B	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter > 18 Jahre
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff oder kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung
G07A	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC
G13Z	Andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, mit bestimmter Lebermetastasenchirurgie oder komplizierender Konstellation
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff
G21B	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
G22A	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre
G23A	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre
G23B	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 14 Jahre
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G64C	Entzündliche Darmerkrankung, Alter > 17 Jahre und Alter < 70 Jahre
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 56 Jahre oder ohne CC, Alter > 2 Jahre
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
I02B	Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konstellation, Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. äußerst schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, mit mäßig komplexem Eingriff
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC oder Revision des Kniegelenkes
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk
I20F	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., ohne Zerebralparese od. schw. Weichteilschaden, ohne Knochentranspl. od. Impl. einer Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, ohne Eing. an mehr als einem Strahl, ohne chron. Polyarthritits, Alter > 15 J.

DRG	DRG-Text
I32A	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit mehrzeitigem komplexen oder mäßig komplexen Eingriff oder mit Komplexbehandlung der Hand oder mit aufwändigem rekonstruktiven Eingriff bei angeborener Fehlbildung der Hand
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung mit aufwändiger Rekonstruktion
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwändige Rekonstruktion
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyroglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie

DRG	DRG-Text
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen
K60C	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraleingriff
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter < 3 Jahre
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialysehunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 6 Jahre
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre oder Niereninsuffizienz, ein Belegungstag ohne Dialyse
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, mit bestimmtem Eingriff am Hoden
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen
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
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), ohne intrauterine Ther., ohne kompliz. Konst. od. m. kompliz. Diag., 26 - 33 SSW od. m. kompl. Diag. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. äuß. schw. CC
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff
O60B	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplizierende Konstellation oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne CC, Alter < 16 Jahre
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplant., ohne äußerst schwere CC oder mit mäßig komplexer Chemoth. mit äußerst schweren CC oder mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie

DRG	DRG-Text
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 6 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63H	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R63I	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
T61A	Postoperative und posttraumatische Infektionen mit komplizierender Konstellation oder komplizierender Diagnose
T61B	Postoperative und posttraumatische Infektionen ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose
T63B	Virale Erkrankung bei Infektion mit Zytomegalieviren außer bei Zustand nach Organtransplantation
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
U61Z	Schizophrenie, wahnhafte und akut psychotische Störungen
U63Z	Schwere affektive Störungen
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme
X05B	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe
Y03A	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre
Y03B	Anderer Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag
Z64B	Anderer Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne komplexe Radiojoddiagnostik
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung

Tabelle A-4-2:

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation
B04B	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte und < 1657 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte und < 1105 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse
B75A	Fieberkrämpfe, Alter < 1 Jahr
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembranaufnahme, Alter > 15 Jahre
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina

DRG	DRG-Text
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax
E77A	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden
F01D	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC
F46B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre

DRG	DRG-Text
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne komplexen Eingriff
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation bei koronarer Herzkrankheit oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC
F72B	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere CC
F74Z	Thoraxschmerz
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, mit komplexem Eingriff
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G22B	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre
G22C	Appendektomie bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G50Z	Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre
G67D	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. ohne kompl. od. kompliz. Diagn./Dial./kompl. Eingr., Alt. > 2 J., oh. äuß. schw. CC od. gastroint. Blutung od. Ulkuserkr., oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 75 J., außer bei Para- / Tetraplegie
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation

DRG	DRG-Text
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose
I02A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur
I06A	Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule m. Wirbelsäulenrelease od. Korrektur Thoraxdeformität, Alter < 16 J. od. bei Para- / Tetraplegie m. äuß. schw. CC od. m. best. mehrzeitigen Eingriffen od. m. sehr komplexem Eingriff bei schw. entzündlicher Erkrankung
I06D	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung oder bösartige Neubildung, mit äußerst schweren CC
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk u. Femur mit Mehrfacheingr., kompl. Proz. od. Diagn. od. äußerst schw. CC od. Ersatz d. Hüftgelenkes m. Eingr. an ober. Extremität od. Wirbelsäule, mit Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik b. Zerebralparese od. Kontraktur
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose, äußerst schweren CC oder bei Zerebralparese oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule, Alter < 16 Jahre
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation oder bestimmtem aufwändigen Eingriff oder mit Kyphoplastie, mehr als 2 Segmente od. bis 2 Segmente mit äuß. schweren CC
I10B	Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, ohne aufwändigen Eingriff
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, Alter > 15 Jahre
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I36Z	Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- oder Kniegelenk
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageneingriffe an der unteren Extremität

DRG	DRG-Text
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, außer b. Diszitis od. infektiöser Spondylopathie, mit kompl. Diagnose
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma
J04B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter < 70 Jahre ohne CC
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren CC
K04A	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie
K60D	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

DRG	DRG-Text
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane außer Anlage eines Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, Alter < 2 Jahre oder äußerst schw. CC, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne kompl. Eingriff oder Alter > 1 Jahr, ohne äuß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureteroskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC
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
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit äußerst schweren CC
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, ohne CC
N03B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder geburtshilflicher Uterusexstirpation oder komplizierender Konstellation
O62Z	Drohender Abort
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplant., ohne äußerst schwere CC oder mit mäßig komplexer Chemoth. mit äußerst schweren CC oder mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, mit Entzugssyndrom
V60C	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne Entzugssyndrom
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung

DRG	DRG-Text
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Tabelle A-4-3:

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

DRG	DRG-Text
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit komplexer OR-Prozedur
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule, Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma
A07C	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe OR-Prozedur oder Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2208 Punkte
A07E	Beatmung > 999 und < 1800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose
A09C	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden mit kompl. OR-Proz. od. Polytrauma od. int. Komplexbeh. > 3220 P., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., oder ohne kompl. OR-Proz., ohne Polytrauma, mit kompl. Konst. od. int. Komplexbeh. 2209 - 3220 P. oder Alter < 16 J.

DRG	DRG-Text
A11C	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Tumorerkrankung oder angeb. Fehlbildung, Alter < 3 Jahre, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierender Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 1656 Punkte, Alter > 15 Jahre
A11D	Beatmung > 249 und < 500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre
A11E	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 6 Jahre
A11F	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte, Alter > 5 J. mit kompl. Diagn. oder Prozedur oder Alter < 16 J.
A11G	Beatmung > 249 und < 500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, Alter > 15 Jahre
A13C	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne kompl. OR-Proz., mit intensivmed. Komplexbeh. 1105 bis 1656 P., außer bei Leukämie und Lymphom, ohne kompliz. Konstellation oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1104 P.
A13E	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung od. Alter > 1 Jahr, mit bestimmter OR-Proz. oder kompliz. Konstellation oder intensivmediz. Komplexbeh. 553 bis 1104 Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre
A13F	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 552 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, mit komplexer Diagnose oder Prozedur
A13G	Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung > 552 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, ohne kompl. Diagnose, ohne kompl. Prozedur
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar, Alter < 18 Jahre oder mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre

DRG	DRG-Text
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 und < 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur
B03A	Operative Eingriffe b. nicht akuter Para- / Tetraplegie od. Eingriffe an Wirbelsäule u. Rückenmark b. bösart. Neubild. od. m. äußerst schweren od. schw. CC od. Eingr. b. zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie m. äuß. schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B03B	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit Einsatz eines Embolieprotektionssystems

DRG	DRG-Text
B04D	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne Einsatz eines Embolieprotektionssystems
B04E	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC
B06B	Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose
B09A	Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC
B09B	Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B17B	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexem Eingr.
B17C	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven u. and. Teilen d. Nervensyst. oh. äuß. schw. CC, oh. kompliz. Diag. od. Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neuropathie oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alter > 18 J., oh. kompl. Eingr., m. mäßig kompl. Eingr.
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelshuntes
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie

DRG	DRG-Text
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC oder Stupor und Koma, nicht traumatisch bedingt, Alter > 0 Jahre
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.

DRG	DRG-Text
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 15 Jahre
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik u. Therapie, mit schw. CC, Alter < 3 J. od. mit komplexer Diagnose od. m. äußerst schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, mit EEG, mit kompl. Diagnose
B76D	Anfälle, mehr als 1 Beleg.tag, ohne kompl. Diagnostik u. Therapie, m. äußerst schw. CC, Alter > 15 J., ohne komplexe Diagnose od. mit schw. CC, Alter > 2 J. od. ohne schw. CC, mit EEG, ohne kompl. Diagnose, mit angebor. Fehlbildung
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 J., ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schw. CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose
B79Z	Schädelfrakturen
B80Z	Andere Kopfverletzungen
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose

DRG	DRG-Text
B84Z	Vaskuläre Myelopathien
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembranaufnäherung
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), mit bestimmtem Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE), Amnionmembranaufnäherung oder Alter < 16 Jahre
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extraktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse
C08B	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges
D03Z	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre

DRG	DRG-Text
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit kompl. Tympanoplastik oder bestimmter Mastoidektomie oder kompl. Diagnose
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Tympanoplastik, ohne bestimmte Mastoidektomie, ohne komplexe Diagnose
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D13Z	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese
D18Z	Strahlentherapie mit operativem Eingriff oder Strahlentherapie, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen mit intensitätsmodulierter Radiotherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen, ohne intensitätsmodulierte Radiotherapie
D20A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter > 70 Jahre oder mit äußerst schweren CC
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie

DRG	DRG-Text
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter < 10 Jahre
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwändigem Eingriff, Alter > 9 Jahre
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre, mit mäßig komplexem Eingriff
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand und Pleura mit äußerst schweren CC
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an der Thoraxwand ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmed. Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Std., ohne kompliz. Diagn., Alter > 15 J., mit äußerst schweren CC od. bei Para- / Tetraplegie, od. ARDS, Alter > 15 J.
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie

DRG	DRG-Text
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre
E63Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter < 16 Jahre, außer bei Hyperventilation
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplexer Biopsie der Lunge
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie oder ohne komplexe Biopsie der Lunge
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC

DRG	DRG-Text
E77B	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne intensivmediz. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std., mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom
E77D	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, oh. intensivm. Komplexbeh. im Kindesalter > 72 Std., oh. Komplexb. bei multires. Erregern, oh. angeb. Fehlb.syndr., oh. sehr kompl. Diagn., außer b. Z. n. Transpl.
E77G	Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie
F01A	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems
F01B	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F01E	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC
F01F	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff
F01G	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation oder Aggregat- und Sondenwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reoperation, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmtem Aorteneingriff
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit kompl. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reoperation, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 2 Jahre und < 10 Jahre oder äußerst schwere CC
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äußerst schweren CC
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, mit komplexer Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. > 552 P. u. < 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. endovask. Impl. v. Stent-Proth. a. d. Aorta od. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem.
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder Ulzeration oder äußerst schweren oder schweren CC
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
F46A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter < 14 Jahre
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage od. mehr als 2 Belegungstage ohne äuß. schwere CC, Alter < 15 Jahre od. mehr als 2 Belegungstage, ohne auß. schw. CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, mit komplexem Eingriff
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation außer bei koronarer Herzkrankheit oder Kardiomyopathie oder im linken Vorhof, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC
F59A	Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne kompliz. Diagn., Alter > 2 J., ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit auß. schweren CC oder mäßig kompl. Gefäßeingr. mit auß. schweren CC oder Rotationsthrombektomie
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
F64Z	Hautulkus bei Kreislaufkrankungen
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC
F67C	Hypertonie ohne bestimmte Erkrankung der endokrinen Drüsen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre
F67D	Hypertonie ohne bestimmte Erkrankung der endokrinen Drüsen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC
F72A	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F73Z	Synkope und Kollaps
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F95A	Interventioneller Verschluss eines Atrium- oder Ventrikelseptumdefekts, Alter < 19 Jahre
F98Z	Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz
G02Z	Komplexe oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Stunden
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne komplexen Eingriff
G04A	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 120 Std.

DRG	DRG-Text
G04B	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre
G07B	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, ohne bestimmte Lebermetastasen Chirurgie, ohne komplizierende Konstellation
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, bei bösartiger Neubildung
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung
G18A	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose
G18B	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G18C	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexen Eingriff
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
G21A	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre
G23C	Appendektomie außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre
G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre und < 56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre
G25Z	Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre oder Eingriffe bei Hernien, Alter < 1 Jahr
G26Z	Andere Eingriffe am Anus
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G29B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
G46A	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern
G46B	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schweren CC bei Kindern
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopien bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit schweren CC oder bei nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren oder schweren CC bei Kindern

DRG	DRG-Text
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC
G64B	Entzündliche Darmerkrankung, Alter < 18 Jahre oder Alter > 69 Jahre
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis u. verschied. Erkr. d. Verdauungsorg. od. gastrointest. Blutung, m. äuß. schw. od. schw. CC od. Alter >74 J. od. Ulkuserkr., m. schw. CC od. Alter >74 J., mehr als 1 Beleg.tag, m. kompliz. Diagn. od. Dialyse od. kompl. Eingr.
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis u. versch. Erkr. d. Verd.org. m. kompl. Diag. od. Alt. <1 J. od. gastroint. Blutung, m. äuß. schw. od. schw. CC od. Alt. >74 J. od. Ulkuserkr. m. schw. CC od. Alt. >74 J., >1 Beleg.tag, oh. kompliz. Diag./Dial./kompl. Eingr.
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne komplexen Eingriff, Alter > 0 Jahre und Alter < 3 J. oder mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
H36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H40Z	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 3 Jahre oder transgastrale Pankreaszystendrainage
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 2 Jahre, ohne transgastrale Pankreaszystendrainage, oder andere ERCP

DRG	DRG-Text
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nicht-infektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis
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.
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
I02D	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne komplexe plastische Rekonstruktion, ohne komplexe OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesen oder Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC
I05Z	Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre
I06C	Komplexe Eingriffe an d. Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entz. Erkrankung od. bösartiger Neubildung, mit auß. schweren CC oder Halotraktion oder mit Korrekturspondylodese > 6 Segm.

DRG	DRG-Text
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, kompl. Proz. od. Diagnose, äußerst schw. CC od. bei Zerebralparese oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität od. Wirbelsäule, Alter > 15 Jahre od. bei Para- / Tetraplegie
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, komplexer Prozedur oder Diagnose oder äußerst schweren CC oder mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne Osteotomie, ohne Muskel- / Gelenkplastik
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexer Osteosynthese und äuß. schw. CC oder mit best. mehrzeitigen kompl. Eingr. an der Wirbelsäule oder mit dorsaler Korrekturspondylodese oder mit best. kompl. Eingr. und Wirbelkörperersatz durch Implantat
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit Eingriffen bei deformierenden Erkrankungen der Wirbelsäule, komplexen Spondylodosen oder best. aufwändigen Eingriff mit Kyphoplastie, ohne Wirbelkörperersatz durch Implantat, ohne dorsale Korrekturspondylodese
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit Osteosynthese durch intervertebrale Cages oder mit Kyphoplastie bis 2 Segmente ohne äußerst schwere CC oder mit Wirbelkörperersatz oder bei Para- / Tetraplegie
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mehrzeitige kompl. Eingriffe, ohne Eingriffe bei deformierenden Erkrankungen, ohne kompl. Spondylodese, ohne bestimmte Osteosynthesen, ohne Kyphoplastie m. äuß. schw. od. schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie
I10A	Bestimmte andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit äußerst schweren CC, mit aufwändigem Eingriff
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, mit Wirbelfraktur oder bei Para- / Tetraplegie
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff oder Halotraktion, ohne Wirbelfraktur, außer bei Para- / Tetraplegie
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff oder Halotraktion, ohne mäßig komplexen Eingriff
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Revision des Kniegelenkes
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem oder bestimmtem Mehrfacheingriff oder komplexer Diagnose, mit Ringfixateur
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne komplexen Mehrfacheingriff, mit bestimmtem Mehrfacheingriff oder komplexer Diagnose, ohne Ringfixateur
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, mit komplexer Prozedur oder schwerem Weichteilschaden
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, mit mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne Pseudarthrose
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit bestimmten Arthrodesen
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, ohne bestimmte Arthrodesen
I20C	Eingriffe am Fuß mit komplexem Eingriff, schwerem Weichteilschaden, Knochentransplantation, Implantation einer Zehengelenkendoprothese oder bei Kalkaneusfraktur
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, ohne Zerebralparese oder schweren Weichteilschaden, ohne Knochentransplantation oder Impl. einer Zehengelenkendoprothese, außer bei Kalkaneusfraktur, mit Ingr. an mehr als einem Strahl oder chron. Polyarthritis
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk und Femur oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC

DRG	DRG-Text
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne komplexe Gewebetransplantation mit schweren CC
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur ohne komplizierenden Eingriff am Knochen
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung, mit schweren CC
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit bestimmten Eingriffen am Weichteilgewebe, ohne Osteotomie und ohne Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe
I29Z	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula
I31Z	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne komplexen Eingriff, mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
I43A	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC
I43B	Prothesenwechsel oder Implantation einer Scharnierprothese oder Sonderprothese am Kniegelenk oder Prothesenwechsel am Schultergelenk oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder mit allogener Knochentransplantation
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne allogene Knochentransplantation

DRG	DRG-Text
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsber., mehr als ein Bel.tag, Alt. > 55 J. od. m. auß. schw. od. schw. CC od. m. Para- / Tetrapl., auß. b. Diszitis od. infek. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn. od. and. Frakturen am Femur
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne unspezifische Arthropathien, Alter > 9 Jahre
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
I79Z	Fibromyalgie
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos. auß. bei bösart. Neub., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos. auß. b. bösart. Neub., m. auß. schw. CC auß. b. Para-/Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff
J03A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC
J03B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC
J04A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Eingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Eingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur

DRG	DRG-Text
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma
J67A	Leichte bis moderate Hauterkrankungen mit CC
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC, mit Parathyreoidektomie oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie
K06D	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 6 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff

DRG	DRG-Text
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60B	Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
K64C	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre mit komplexer Diagnose, äußerst schweren CC oder komplexer Radiojoddiagnostik
K64D	Endokrinopathien, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Radiojoddiagnostik
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit Kontinenztherapie oder äußerst schweren CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Kontinenztherapie, ohne äußerst schwere CC
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre

DRG	DRG-Text
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre
M04A	Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän oder mit äußerst schweren CC
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre
M05Z	Zirkumzision und andere Eingriffe am Penis
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann

DRG	DRG-Text
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeral Eingriff
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeral Eingriff
N01E	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung der Ovarien und Adnexen, mit schweren CC oder CC
N03A	Eingriffe an Uterus und Adnexen bei bösartiger Neubildung anderer Organe, mit äußerst schweren CC oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisierung an anderen abdominalen Gefäßen
N05B	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne bestimmten Eingriff
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane

DRG	DRG-Text
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne geburtshilfliche Uterusexstirpation, ohne komplizierende Konstellation
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit auß. schw. oder schw. CC oder komplexer Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen, oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexe Diagnose, 26 bis 33 vollendete Wochen (SSW)
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 26 oder mehr als 33 vollendete Wochen
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag
Q01Z	Eingriffe an der Milz
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen

DRG	DRG-Text
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
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit mäßig komplexer Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, sek. bösartiger Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, sekundärer bösartiger Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC und komplexer Diagnostik bei Leukämie

DRG	DRG-Text
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, mit komplexer Diagnose
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne äußerst schwere CC
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie
T60C	Sepsis mit kompliz. Konstell. oder bei Z. n. Organtranspl., ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para- / Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst. auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para-/Tetraplegie
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre

DRG	DRG-Text
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre
T63C	Andere virale Erkrankungen
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit
V40Z	Qualifizierter Entzug
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schweren CC
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne komplizier. Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung

DRG	DRG-Text
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 552 Aufwandspunkte
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., ohne hochkompl. Eingr., ohne vierzeitige best. OR-Proz., ohne intens. Komplexb. > 552 P., m. äußerst schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.
Y02C	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne Dialyse, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 552 Punkte
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation

Tabelle A-5:

Gegenüberstellung der DRGs je MDC (siehe Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2010	Anzahl DRGs 2011	Veränderung (in %)
00	Prä-MDC	65	66	+ 2
01	MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems	110	111	+ 1
02	MDC 02 Krankheiten und Störungen des Auges	32	33	+ 3
03	MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	58	56	- 3
04	MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	64	64	0
05	MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	146	146	0
06	MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	80	81	+ 1
07	MDC 07 Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	37	39	+ 5
08	MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	138	135	- 2
09	MDC 09 Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	52	52	0
10	MDC 10 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	43	38	- 12
11	MDC 11 Krankheiten und Störungen der Harnorgane	68	66	- 3
12	MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	26	27	+ 4
13	MDC 13 Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	37	37	0
14	MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	29	29	0
15	MDC 15 Neugeborene	43	42	- 2
16	MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	16	16	0
17	MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen	51	51	0

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2010	Anzahl DRGs 2011	Veränderung (in %)
18A	MDC 18A HIV	7	7	0
18B	MDC 18B Infektiöse und parasitäre Erkrankungen	21	21	0
19	MDC 19 Psychische Krankheiten und Störungen	11	11	0
20	MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	7	7	0
21A	MDC 21A Polytrauma	13	13	0
21B	MDC 21B Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	15	15	0
22	MDC 22 Verbrennungen	10	10	0
23	MDC 23 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	12	12	0
-1	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		1.200	1.194	- 1