

InEK

Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2015

Systematische Prüfung
statistisch ermittelter
Kostenausreißer des
Datenjahres 2013

Siegburg, den 17. März 2015

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 BEAUFTRAGUNG DES INEK	2
1.1 Gesetzliche Grundlage	2
1.2 Auftrag der Selbstverwaltungspartner	4
1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern	4
1.2.2 Eckpunkte für den Extremkostenbericht	5
1.3 Zentrale Vorgaben der Beauftragung	5
1.3.1 Definition von Fallkosten	6
1.3.2 Datenqualität des einzelnen Behandlungsfalls	7
1.3.3 Auswahl einer geeigneten Verteilung	7
1.4 Exkurs: Die verwendeten Verteilungsfunktionen	8
1.4.1 Logarithmierte Normalverteilung	9
1.4.2 Weibull-Verteilung	9
1.4.3 Gamma-Verteilung	10
2 VORGEHENSWEISE UND DATENGRUNDLAGE	11
2.1 Identifikation von Kostenausreißern	11
2.1.1 Technisches Vorgehen	11
2.1.2 Beispiel: Identifikation von Kostenausreißern für eine DRG	13
2.1.3 Mehrgipfeligkeit der empirischen Verteilungsfunktion	16
2.2 Spannungsfeld Systementwicklung – Extremkostenbetrachtung	19
2.2.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	22
2.2.2 Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation	23
2.2.2.1 Report Kostenausreißer	23
2.2.2.2 Themenkomplexbezogene Nachfragen	27
Kosten der Intensivstation	27
Personalkosten im OP-Bereich	28
Einzelkosten	30
Abgerechnete Entgelte	33
2.2.2.3 Nachfrage von Einzelfällen	34
2.3 Zwischenergebnis Datenanalyse	36
3 PRÜFERGEBNIS UND VORSCHLÄGE	37
3.1 Kritische Würdigung der ermittelten Kostendeckung	37
3.1.1 Grundsätzliches	37
3.1.2 Falsch-niedrige Fallkosten	38
3.1.3 Falsch-hohe Fallkosten	39
3.1.4 Falsch-niedrige Erlöse	40
3.1.5 Falsch-hohe Erlöse	41

3.1.6	Übersicht	42
3.1.7	Nicht „falsch“ im hier beschriebenen Sinne	43
3.1.8	Sonderfall: Fälle nach Rechnungsprüfungen	44
3.1.9	Dimension des Fehlers und Ausmaß der Unter- oder Überdeckung	44
3.2	Themenkomplexbezogene Prüfergebnisse	46
3.2.1	Rücklauf der Einzelnachfragen	46
3.2.2	Thematische Gliederung	51
3.2.2.1	Intensivmedizinische Behandlung	52
	Gewichtung	53
	Auslastung	54
3.2.2.2	Normalstation	54
3.2.2.3	Operative Behandlung und Anästhesie	54
	Mehrfachoperationen bei schwerem Verlauf	55
	Implantatkosten	55
	Honorarkosten	56
3.2.2.4	Neonatalogie	56
	Strukturvorgaben	56
	Auslastung	57
3.2.2.5	Knochenmarktransplantation und Stammzelltransfusion	57
3.2.2.6	Kinderonkologie	58
3.2.2.7	Medikamente	58
	Langandauernde Behandlung bei schweren Verläufen	58
	Besondere Konstellationen am Beispiel Defibrotide	59
3.2.2.8	Sonstige Behandlungsfälle mit erheblicher Kostenunterdeckung	60
3.2.2.9	Ergebnis der Einzelnachfragen zu besonders stark unterdeckten Fällen	60
3.3	Überarbeitung der G-DRG-Klassifikation für 2015	61
3.3.1	Übersicht	61
3.3.2	Intensivmedizin	62
3.3.3	Weitere klassifikatorische Umbauten	66
3.3.4	Zusatzentgelte	72
3.4	Analyse der Kostenausreißer	75
3.4.1	Übersicht über die Verteilungszuordnung	75
3.4.2	Kategorisierung der Leistungen	76
3.4.2.1	Allgemeine Versorgungsleistungen	77
3.4.2.2	Spezielle Versorgungsleistungen	77
3.4.3	Kategorisierung der Leistungserbringer	79
3.4.4	Ergebnisse	80
3.4.4.1	Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer	80
3.4.4.2	Analyse der Lower- und Upper-Fallanteile mit dem χ^2 -Test	83
	Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern in den Analysegruppen	85
	Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern in den Analysegruppen	86
	Zwischenfazit	87
3.4.4.3	Kostendeckung in den Analysegruppen	87
	Betrachtung der Kostenausreißer	89
	Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer des G-DRG-Systems 2013	91
	Zwischenfazit	94
3.4.5	Belastung durch Kostenausreißerfälle	94
3.4.5.1	Durchschnittliche Kostendeckung der Kostenausreißer je Fall in Bezug zu den durchschnittlichen Kosten	95

3.4.5.2	Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio	96
3.4.5.3	Durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio	98
	Zwischenfazit	100
3.4.6	Verbesserung der Vergütung durch den Umbau zur Intensivmedizin („Super-SAPS“)	100
	Patienten mit sehr hohem „Super-SAPS“	101
	Fälle mit hohem „Kinder-SAPS“	102
	Kostenausreißer in „SAPS-DRGs“	103
	Zwischenfazit	104
3.5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung	104
4	AUSBLICK	109
5	ANHANG	111

Abkürzungen

Abs.	Absatz
abzgl.	abzüglich
BGBI.	Bundesgesetzblatt
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
ED	Ergänzende Datenbereitstellung
etc.	et cetera
ff.	fortfolgend
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 (Fallpauschalenvereinbarung 2013)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GZF	Gleichzeitigkeitsfaktor
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
inkl.	inklusive
k_l	k lower – Kenngröße zur Berechnung des Grenzwertes für Kostenausreißer nach unten
k_u	k upper – Kenngröße zur Berechnung des Grenzwertes für Kostenausreißer nach oben
Kap.	Kapitel
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz

log(x), ln(x)	Logarithmus von x
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
med.	medizinisch
mg	Milligramm
Mio.	Millionen
mVWD	mittlere Verweildauer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
o.g.	oben genannte
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
PKMS	Pflegekomplexmaßnahmen-Score
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PSY	Psychiatrie
q25	25%-Quantil
q50	Median
q75	75%-Quantil
RG	Relativgewicht
s	logarithmierter Interquartilsabstand
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
t_l	t lower – Grenzwert zur Bestimmung der Kostenausreißer nach unten (Lower-Kostenausreißer)
t_u	t upper – Grenzwert zur Bestimmung der Kostenausreißer nach oben (Upper-Kostenausreißer)
Tab.	Tabelle
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
u.a.	unter anderem
u.v.a.m	und viele[s] andere mehr
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VBE 2013	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2013
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.

z.B. zum Beispiel
ZE Zusatzentgelt

Vorwort

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

Die zeitgerechte Umsetzung der Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern erforderte eine massive Umstellung im Kommunikationsprozess zwischen dem InEK und den Kalkulationskrankenhäusern. Durch die zahlreichen Fragen zu den Kalkulationsdatensätzen entstand im InEK und insbesondere bei den Krankenhäusern eine erhebliche zusätzliche Belastung nahe der Zumutbarkeitsgrenze in der ohnehin arbeitsreichen Kalkulationsphase. Dass trotz der beträchtlichen Mehrbelastung ein umfassender Einblick in die Datenlage der Kostenausreißer gelungen ist, ist der engagierten Unterstützung durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kalkulationskrankenhäuser zu verdanken, die in detaillierter Art und Weise wesentliche Beiträge für die Analyse der Kostenausreißer geliefert haben. Das Vorwort endet (und der Extremkostenbericht beginnt) daher mit einem besonders herzlichen Dank an die Kalkulationskrankenhäuser für die Teilnahme an der Kalkulation sowie das Engagement und die Geduld bei der Beantwortung der zahlreichen Nachfragen zur Bearbeitung der Kostenausreißer.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV & Statistik

Siegburg, im März 2015

1 Beauftragung des InEK

1.1 Gesetzliche Grundlage

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

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

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

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

Um „mögliche Handlungsnotwendigkeiten auf einer belastbaren Grundlage beurteilen zu können“², hat der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforde-

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

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

rung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2423) dem § 17b KHG einen Absatz 10 mit dem Auftrag zur regelmäßigen Erstellung eines Extremkostenberichts eingefügt:

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

Nach diesen Vorgaben wird die Palette der Veröffentlichungen des InEK ab Dezember 2014 um einen weiteren Baustein – den Extremkostenbericht – ergänzt. Diese Beauftragung führt nicht zu einer einmaligen Berichterstellung, sondern zur Etablierung eines mehrjährigen Prozesses mit jährlicher Berichterstattung. Dem InEK werden mit dieser Regelung außerdem gesetzliche Vorgaben zur Vorgehensweise bei der Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern gemacht:

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

Diese gesetzliche Regelung enthält somit maßgebliche Eckpunkte für die Beauftragung des InEK, die in einer weiteren Konkretisierung durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene mündet. Die Konkretisierung der zentralen Begriffe für die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern obliegt somit den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene. Mit der Beauftragung zur Konkretisierung sollte insbesondere eine einheitliche Vorstellung des Begriffs „Kostenausreißer“ einhergehen, „da hierzu sehr unterschiedliche Vorstellungen bestehen“³. Da der Extremkostenbericht Grundlage zur Ableitung von Vorschlägen zur sachgerechten Vergütung von Kostenausreißern ist, sollen durch die Fallprüfungen Kalkulations- oder Dokumentationsfehler zwingend ausgeschlossen werden. „Auf der Grundlage des Berichts sind bei Bedarf sachgerechte Vergütungsregelungen für Kostenausreißer zu entwickeln, die nach Satz 5 von den Vertragsparteien auf Bundesebene im Rahmen der Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu vereinbaren sind.“⁴

³ Ebenda.

⁴ Ebenda.

1.2 Auftrag der Selbstverwaltungspartner

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

1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern

Basis der Beratungen der Selbstverwaltungspartner zur Festlegung der Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern waren Untersuchungen zu Kostenausreißerfällen, die der VUD bereits im Vorfeld durchgeführt hatte. Im Ergebnis der Beratungen soll das InEK je DRG die Verteilung des Deltas zwischen Fallkosten und korrespondierenden Fallerlösen nach der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) als bereinigte Fallkosten betrachten. Bei der Ermittlung von Kostenausreißern hat sich das InEK dabei an drei statistischen Verteilungsfunktionen zu orientieren, die in der Literatur⁵ bei empirischen Analysen im Bereich von Krankenhaus-Finanzierungssystemen, insbesondere von Verweildauer und Verweildauerausreißern, Verwendung gefunden haben (siehe Kap. 1.4):

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

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

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

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

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

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

1.2.2 Eckpunkte für den Extremkostenbericht

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

1. „Gibt es in den Krankenhäusern auf DRG-Ebene oder auf Hausebene aufgrund von Kostenausreißern relevante Kostenunterdeckungen?“
2. Stehen den Kostenunterdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene entsprechende Erlösüberdeckungen gegenüber?“
3. Sind saldierte Kostenunter- und Kostenüberdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt?“
4. Wie stellen sich Kostendeckungssalden auf DRG-Ebene oder auf Hausebene im Zeitverlauf dar?“
5. Lassen sich Kostenausreißer sachgerecht über Patientenmerkmale identifizieren und über Anpassung von DRG-Splits oder die Einführung von Zusatzentgelten abbilden?“
6. Lassen sich besonders mit Kostenausreißern belastete Krankenhäuser grundsätzlich mit vertretbarem Aufwand anhand von Strukturmerkmalen in den Leistungs-, Abrechnungs- und Kalkulationsdaten sachgerecht ermitteln? Strukturmerkmale könnten beispielsweise Parameter des §-21-Datensatzes und/oder weitere hausbezogene Indikatoren wie die Bettenzahl, die Versorgungsstufe oder der Spezialisierungsgrad sein.“
7. Lassen sich Ursachen von Kostenausreißern und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern ermitteln, die nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sind?“

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

1.3 Zentrale Vorgaben der Beauftragung

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

1.3.1 Definition von Fallkosten

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

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

Nach diesem Ansatz werden für die bereinigten Fallkosten alle Behandlungsfälle quasi als Inlier betrachtet. Die bereinigten Kosten repräsentieren demnach die Fallkosten, die ausschließlich durch Inlier-Erlöse aus dem Fallpauschalen-Katalog gedeckt werden müssen. Mit dieser Vorgehensweise soll vermieden werden, dass Behandlungsfälle schon deshalb als Kostenausreißer identifiziert werden, weil die Behandlung den Einsatz bestimmter Verfahren oder Arzneimittel erforderte, für die ergänzende Entgelte im Fallpauschalen-Katalog vorgesehen sind. Dabei wird unterstellt, dass die Erlöse gute Schätzer für die (unbekannten) Kosten dieser eingesetzten Verfahren bzw. Arzneimittel darstellen. Des Weiteren wird bei dieser Methode unterstellt, dass die Erlöse für die Zu- und Abschläge nach dem Fallpauschalen-Katalog gute Schätzer für die (unbekannten) tagesbezogenen Kosten darstellen. Dies ist insbesondere bei der Addition der Abschläge für Behandlungstage, an denen sich der jeweilige Patient nicht in stationärer Behandlung befand, zu beachten. Den so ermittelten bereinigten Kosten können nun die Inlier-Erlöse aus dem Fallpauschalen-Katalog gegenübergestellt werden. Kostenüber- und Kostenunterdeckungen ergeben sich dann direkt aus dem Vergleich zwischen bereinigten Kosten und Inlier-Erlösen laut Fallpauschalen-Katalog. Mit diesen bereinigten Fallkosten werden im Folgenden die Analysen für den Extremkostenbericht durchgeführt. Die von der Selbstverwaltung zitierten Fachartikel beschreiben eine (in weiteren Kapiteln detailliert erläuterte) Vorgehensweise zur Ermittlung der Verteilungsfunktion und der darüber zu identifizierenden Kostenausreißer.

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

Die Bestimmung der Kostenausreißer ist nach den vorgegebenen statistischen Methoden von den zentralen Parametern der Verteilungsfunktion abhängig (vgl. Kap. 1.4). Entsprechend werden die Schätzungen für die Parameter der Verteilungsfunktionen, die zur Ermittlung der Kostenausreißer verwendet werden, von der Methodik der Kostenbereinigung beeinflusst. Bei der verwendeten Methodik werden die bereinigten Kosten auf der Basis von Inlier-Betrachtungen berechnet. Bildlich gesprochen werden dadurch die Fälle innerhalb der Verteilungsfunktion verschoben: Langlieger mit ansons-

ten unauffälligen Kosten werden in den „Verteilungsbauch“ (nach links) verschoben und Kurzlieger mit unauffälligen Kosten werden ebenfalls in den „Verteilungsbauch“ (nach rechts) verschoben. Eine solche Verschiebung auf der DRG-Ebene kann allerdings nur eintreten, wenn Kurz- und/oder Langliegerfälle in der jeweiligen DRG auch auftreten (können). Diese Verschiebung ergibt sich durch die Subtraktion der zusätzlichen Entgelte nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer für Langlieger und Addition der Abschläge für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer bei Kurzliegern bzw. das Nichterreichen der mittleren Verweildauer bei Verlegungsfällen. Der „Verteilungsbauch“ der schiefen Verteilung wird dadurch insgesamt „dicker“, d.h. Fälle, die nach ihren originalen Fallkosten (so wie vom Krankenhaus geliefert) am Verteilungsrand liegen würden, werden durch die verwendete Methodik in „die Mitte“ (den Bauch) der Verteilung der bereinigten Kosten verschoben. Dabei wird die Verteilungsfunktion einerseits nach links verschoben, andererseits zeigt die Verteilungsfunktion damit auch einen anderen funktionalen Verlauf (mit dickerem Bauch und anders steilen Rändern). Im Extremfall könnte ein Fall mit atypisch hohen Kosten nach der Bereinigung einen Kostenausreißer mit atypisch niedrigen bereinigten Kosten darstellen.

1.3.2 Datenqualität des einzelnen Behandlungsfalls

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

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

1.3.3 Auswahl einer geeigneten Verteilung

Für jede DRG-Fallpauschale werden in einem dynamischen Prozess die drei in Kapitel 1.2.1 genannten Verteilungsfunktionen berechnet und diejenige ausgewählt, welche die empirische Häufigkeitsverteilung am besten beschreibt. Die Auswahl der am besten geeigneten Verteilungsfunktion wird rechnerisch ermittelt. Die Autoren der von den

Selbstverwaltungspartnern zitierten Artikel haben dazu eine datengetriebene Auswahlmöglichkeit entwickelt.⁶ Diesem Verfahren folgend wird vom InEK zur Auswahl der besten Verteilungsfunktion der Abstand zwischen der empirischen relativen Häufigkeit und den aus der theoretischen Verteilungsfunktion ermittelten Werten für jede Merkmalsausprägung berechnet. Diejenige Verteilungsfunktion, die für eine DRG den kleinsten Wert in der Summe der quadrierten Abstände aufweist, wird zur Identifizierung der Kostenausreißer der entsprechenden DRG-Fallpauschale verwendet (vgl. Kap. 2.1).

1.4 Exkurs: Die verwendeten Verteilungsfunktionen

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

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

Für eine Vielzahl an DRGs sind bei der Leistungserbringung beispielsweise implizit aufgrund von Sachkosten (z.B. Implantatkosten, medizinischer Sachbedarf) oder explizit aufgrund der Definition des Leistungsinhalts der DRG (z.B. Definition einer Einstiegschwelle über Mindestverweildauer) von 0 € verschiedene Fallkosten zu erwarten. Im Ergebnis sind bestimmte (niedrige) Kostenwerte je DRG kaum in den Kalkulationsdatensätzen vorhanden. Die bereinigten Kosten weisen im Ergebnis dann ebenfalls keine bzw. kaum Werte unterhalb einer bestimmten Wertgrenze auf. Die empirische Verteilungsfunktion hat damit eine von 0 € verschiedene Untergrenze. Durch Berücksichtigung des **Lageparameters**⁷, der im Wesentlichen eine Verschiebung der Verteilungsfunktion ausdrückt, kann eine Verbesserung hinsichtlich der Beschreibung der empirischen Daten durch die theoretischen Verteilungsfunktionen erzielt werden. Der Lageparameter sorgt, vereinfachend ausgedrückt, dafür, dass der linke (steile) Anstieg der theoretischen Verteilungsfunktion nicht versucht, bis auf 0 € auszulaufen, sondern „nur“ bis auf den Wert des Lageparameters.

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

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

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

definitionsgemäß auch Fälle als Kostenausreißer identifiziert, die zwar besonders hohe (oder niedrige) Kosten aufweisen, im Rahmen einer Kosten-Erlös-Betrachtung allerdings vollkommen unauffällig sind.

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

Es werden die folgenden Begriffe verwendet:

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

1.4.1 Logarithmierte Normalverteilung⁸

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

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

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

Parameterschätzungen:

Schätzer für den Skalenparameter β : $\hat{\beta} = \ln(q_{50} - \mu)$

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

1.4.2 Weibull-Verteilung

Die Weibull-Verteilung ist eine stetige Wahrscheinlichkeitsverteilung über der Menge der reellen Zahlen größer μ . Benannt ist sie nach dem schwedischen Ingenieur und

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

Mathematiker E. H. W. Weibull⁹. Bei geeigneter Wahl der die Verteilungsfunktion bestimmenden Parameter kann die Weibull-Verteilung z.B. einer Normalverteilung oder einer Exponentialverteilung ähneln. Die Weibull-Verteilung wird typischerweise für die Bestimmung von Lebensdauer oder Ausfallhäufigkeit von Bauteilen (bei konstanter Ausfallrate entspricht die Weibull-Verteilung als Spezialfall der Exponentialverteilung) oder die statistische Verteilung der Windgeschwindigkeit verwendet. Die Weibull-Verteilung ist gedächtnisbehaftet, d.h. sie berücksichtigt die bereits vorhandenen Informationen zu einem Merkmal. Die Verteilung nutzt beispielsweise bei der Modellierung von Ausfallraten eines Bauteils nicht nur die Informationen zum Alter des Bauteils, sondern auch die zu den (historischen) Einsatzzeiten.

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

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

Parameterschätzungen:

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

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

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

1.4.3 Gamma-Verteilung

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

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

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

Parameterschätzungen:

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

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

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

Schätzer für den Skalenparameter b :

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

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

2 Vorgehensweise und Datengrundlage

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

2.1 Identifikation von Kostenausreißern

Zur Identifikation der Kostenausreißer je DRG-Fallpauschale muss zunächst auf empirischer Grundlage bestimmt werden, welcher Verteilungsfunktion die bereinigten Kosten (nach der in Kapitel 1.3.1 beschriebenen Formel berechnet) der jeweiligen DRG folgen.

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

Die bereinigten Kosten werden für alle vollstationären Behandlungsfälle der 247 Kalkulationskrankenhäuser aus dem Datenjahr 2013 mit Kosten und Erlösen aus dem Jahr 2013 berechnet. Bei der Betrachtung der Kostenunter- bzw. Kostenüberdeckungen werden zur Erlösberechnung der DRG-Fallpauschalen das Relativgewicht der DRG aus dem Fallpauschalen-Katalog sowie der zum Krankenhaus gehörende Landesbasisfallwert des Jahres 2013 herangezogen.

2.1.1 Technisches Vorgehen

Für die Analysen zum Extremkostenbericht wird die Gesamtheit der vorliegenden Kalkulationsdatensätze des Datenjahres 2013 auf die Betrachtung der vollstationären Fälle bei Behandlung in Hauptabteilungen im DRG-Entgeltbereich beschränkt. Des Weiteren werden die folgenden Fälle ebenfalls nicht in die Betrachtung einbezogen:

- Fälle in Besonderen Einrichtungen sowie alle Fälle aus drei Krankenhäusern, die vollständig Besondere Einrichtungen nach der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2013 (VBE 2013) sind
- Begleitpersonen
- Rein vorstationäre Fälle
- Mischfälle (= Fälle mit Behandlung sowohl in Hauptabteilungen als auch in Belegabteilungen)
- Überlieger mit unvollständiger Kostenkalkulation
- Fälle in unbewerteten DRGs (Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs)
- Ein-Belegungstag-Fälle bei impliziten Ein-Belegungstag-DRGs (vgl. Kap. 2.1.3)

Fälle, die sich nach Kommunikation mit den Kalkulationskrankenhäusern und detaillierter Analyse als nicht verwendbar für die vertiefenden Analysen zum Extremkostenbericht erweisen, werden ebenfalls aus der Datenbasis ausgeschlossen. Grundsätzlich wird zunächst für jede der 1.149 analysierten DRGs im **ersten Schritt** die empirische Häufigkeitsverteilung der bereinigten Kosten ermittelt.

In einem **zweiten Schritt** werden die Parameter der Log-Normal-, der Weibull- und der Gamma-Verteilung berechnet, um damit die Werte der Dichtefunktionen der theoretischen Verteilungen für die beobachteten bereinigten Kosten zu erhalten. Konkret bedeutet dies: Die relative Häufigkeit eines bestimmten Wertes der bereinigten Kosten gibt die empirische Wahrscheinlichkeit für das Auftreten dieses Wertes der bereinigten Kosten an. In der theoretischen Wahrscheinlichkeitsfunktion (Dichtefunktion) wird nun berechnet, mit welcher Wahrscheinlichkeit der Wert der bereinigten Kosten auftreten müsste, würde die Verteilungsfunktion einer auf den geschätzten Parametern basierenden Log-Normal-, Weibull- bzw. Gamma-Verteilung folgen.

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

In diesem Bericht werden die theoretischen Verteilungen für $\mu = 0$ sowie $\mu = i \cdot q25 / 100$ für $i = 1, 2, \dots, 99$, d.h. auf einem äquidistanten Raster des Intervalls zwischen 0 und dem 25%-Quantil mit Rasterweite $h = q25 / 100$ berechnet, miteinander verglichen und die aus den 100 Simulationen bzgl. der Summe der quadrierten Abstände beste Verteilung daraus ausgewählt.

Gemäß Marazzi/Ruffieux (1998) können – nach Erweiterung der Formeln um den Aspekt des Lageparameters – auf Basis von Kennwerten der empirischen Häufigkeitsverteilung die unteren und oberen Grenzwerte für die Ausreißer der einzelnen Verteilungen berechnet werden. Mit den in Kapitel 1.4 eingeführten Bezeichnungen lassen sich die Kenngrößen k_l (k lower) und k_u (k upper) mit $\hat{s} = \ln(q75 - \hat{\mu}) - \ln(q25 - \hat{\mu})$ wie folgt berechnen (siehe Tab. 1):

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

Tabelle 1: Kenngrößen für ausgewählte Verteilungen

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

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

Kostenausreißer nach unten haben niedrigere bereinigte Kosten, als der Grenzwert t_l anzeigt; sie werden im Folgenden als **Lower-Kostenausreißer** bezeichnet. Kostenausreißer nach oben haben höhere bereinigte Kosten, als der Grenzwert t_u anzeigt; sie

werden im Folgenden als **Upper-Kostenausreißer** bezeichnet. Die Fälle, die zwischen den Grenzwerten liegen, werden im Folgenden als **Between-Fälle** bezeichnet. Der Lagereparameter hat Auswirkungen auf die Berechnung der unteren und oberen Grenzwerte zur Bestimmung der Kostenausreißer und damit in der Konsequenz auch für die Deckung der Kostenausreißer.

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

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

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

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

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Anzahl der ermittelten Kostenausreißer sehr stark mit der Anzahl der Fälle, die in eine bestimmte DRG eingruppiert werden, korreliert. Fallzahlstarke DRGs weisen in der Regel eine hohe Anzahl von Kostenausreißern auf (relativ gesehen muss dies nicht der Fall sein). Bei den Analysen der Kostenausreißer ist die zur Verfügung stehende Zeit sinnvoll einzusetzen. Entsprechend konnten individuell analysierte und bei den Kalkulationskrankenhäusern nachgefragte Einzelfälle in fallzahlschwachen DRGs eher die vollständige Menge der ermittelten Kostenausreißer umfassen. Bei den fallzahlstarken DRGs haben sich aufgrund der hohen Anzahl ermittelter Kostenausreißer die individuellen Analysen auf die ausgeprägtesten Kostenausreißer konzentriert. Die Entscheidung, welche Kostenausreißer einer DRG in die individuelle Analyse überführt werden, wurde anhand der Relevanz und Bedeutung der Kostenausreißer nach erster cursorischer Sichtung vorgenommen. Das bedeutet im Umkehrschluss bei der Gesamtschau der Kostenausreißer auch, dass die Datengrundlage im Extremkostenbericht bei den fallzahlschwachen DRGs qualitativ etwas besser ist als bei den fallzahlstarken DRGs, da der Anteil der individuell analysierten Einzelfälle in den fallzahlschwachen DRGs sehr viel höher ist.

2.1.2 Beispiel: Identifikation von Kostenausreißern für eine DRG

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

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

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

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

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

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

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

Abbildung 1 zeigt das Histogramm der empirischen Häufigkeitsverteilung zusammen mit den drei möglichen Verteilungsfunktionen.

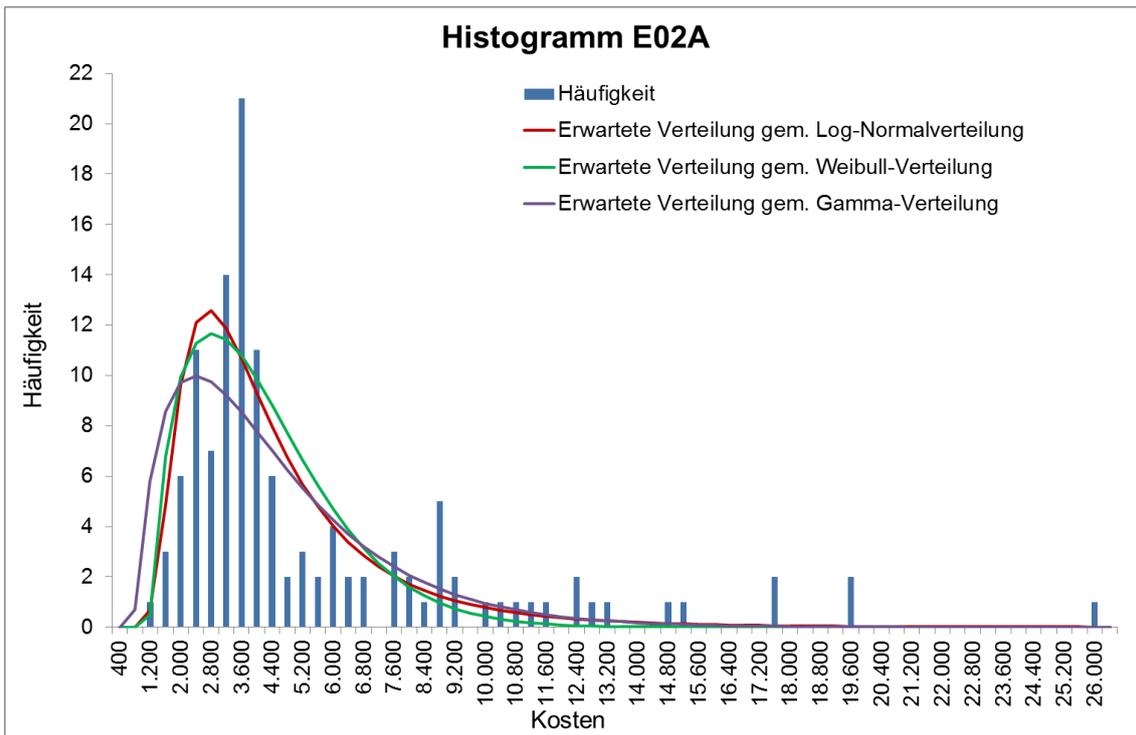


Abbildung 1: Histogramm der bereinigten Kosten für die DRG E02A

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

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

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

Da die Summe der quadrierten Abstände mit 232,07 für die Log-Normalverteilung den geringsten Wert der drei betrachteten Verteilungsfunktionen aufweist, wird unterstellt, dass die bereinigten Kosten für die DRG E02A einer Log-Normalverteilung folgen. Gemäß Tabelle 3 liegen die Grenzwerte für die Ermittlung der Kostenausreißer damit bei 1.639,40 € für die Lower-Kostenausreißer und bei 14.828,85 € für die Upper-Kostenausreißer. In Abbildung 2 werden die Grenzwerte für die Lower- und Upper-Kostenausreißer durch rote eckige Pfeile angezeigt.

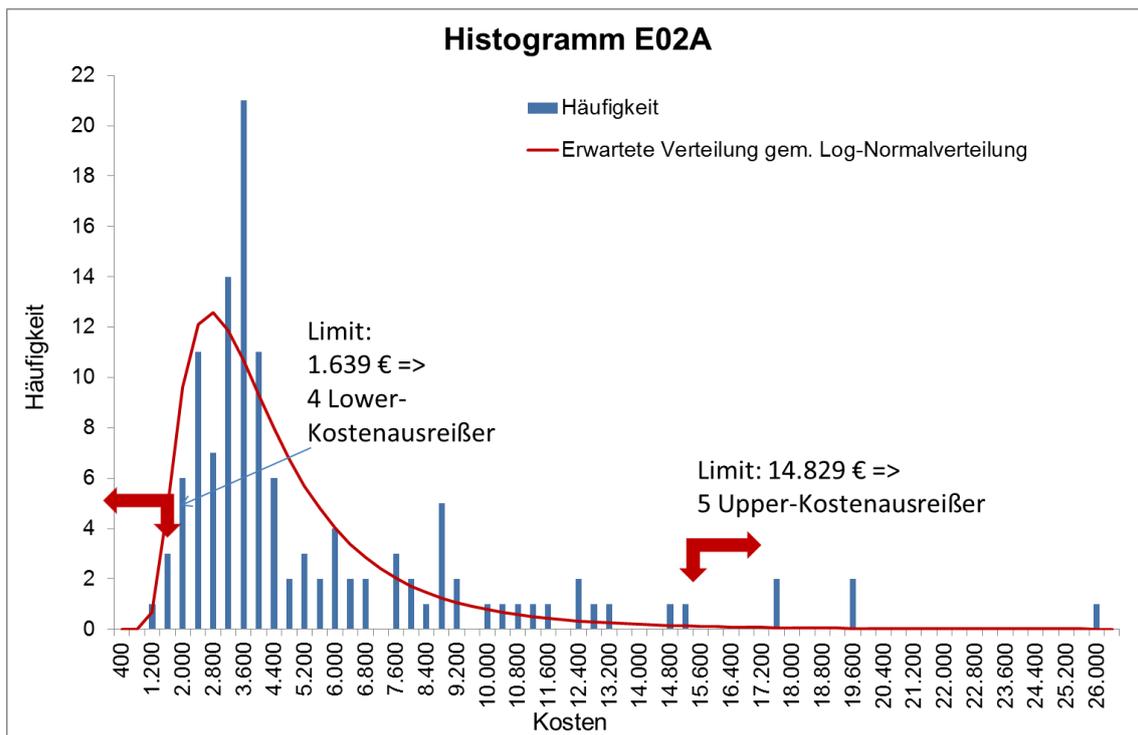


Abbildung 2: Histogramm und Kostenausreißer der bereinigten Kosten für die DRG E02A (Log-Normalverteilung)

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

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

2.1.3 Mehrgipfeligkeit der empirischen Verteilungsfunktion

Die zur Identifikation der besten Verteilungsfunktion für die bereinigten Kosten verwendeten Funktionen sind eingipfelige Verteilungen. Liegt bei den empirischen Daten allerdings eine mehrgipfelige Verteilung vor, kann die eingipfelige theoretische Verteilung keine optimale Anpassung an die empirischen Daten erzielen. Die auf Basis der theoretischen Verteilungsfunktion bestimmten Grenzwerte t_l und t_u zur Ermittlung der Lower- und Upper-Kostenausreißer werden damit auf Basis einer suboptimalen Verteilungsfunktion ebenfalls nicht optimal bestimmt. Daraus resultiert schlussendlich eine nicht optimal zur empirischen Häufigkeitsverteilung passende Auswahl an Lower- und Upper-Kostenausreißern. Erste Analysen zeigen, dass die Problematik der Mehrgipfeligkeit insbesondere bei DRGs auftritt, die als implizite Ein-Belegungstag-DRGs bezeichnet werden. Diese DRGs haben eine untere Grenzverweildauer von zwei Tagen; damit

können nur Fälle mit einer Verweildauer von einem Belegungstag unterhalb der unteren Grenzverweildauer liegen (Kurzlieger). Die Bewertungsrelation für den Abschlag bei Nichterreichen der unteren Grenzverweildauer wird bei diesen DRGs anhand der Differenz zwischen den durchschnittlichen Kosten der Ein-Belegungstag-Fälle und den durchschnittlichen Inlier-Kosten der DRG-Fallpauschale ermittelt. Dies kann in Kombination mit der Methodik zur Berechnung der bereinigten Kosten („Verschieben“ dieser Fälle hin zum Verteilungsbauch) dazu führen, dass sich eine mehrgipfelige empirische Häufigkeitsverteilung ergibt. Dieses Phänomen veranschaulicht Abbildung 3 am Beispiel der DRG Q61D *Erkrankungen der Erythrozyten ...*

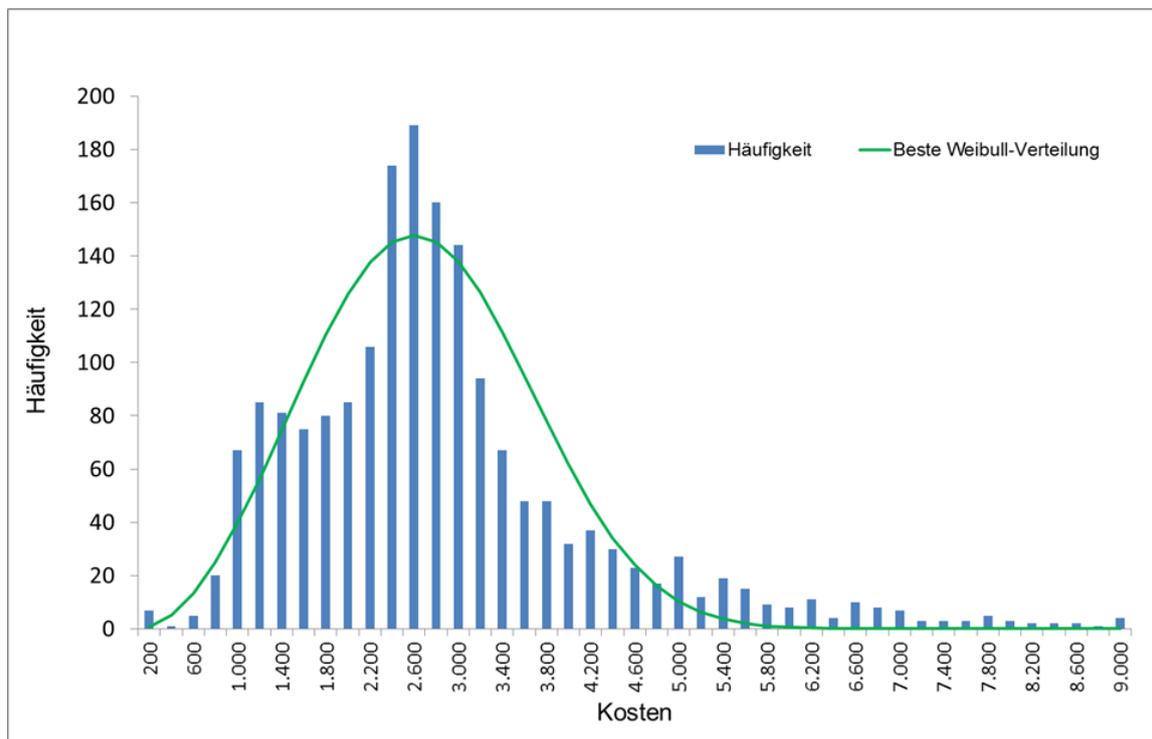


Abbildung 3: Histogramm und beste theoretische Verteilungsfunktion für die bereinigten Kosten der DRG Q61D (Weibull-Verteilung)

In Abbildung 3 ist deutlich die Zweigipfeligkeit der empirischen Häufigkeitsverteilung (blaue Balken) zu erkennen. Obwohl durch das beschriebene Verfahren die beste theoretische Verteilungsfunktion aus den drei möglichen Verteilungsfunktionen ausgewählt wird, ist in der Abbildung 2-1 klar erkennbar, dass die beste eingipfelige theoretische Verteilungsfunktion (Weibull-Verteilung, grüne Farbe) den Verlauf der empirischen Häufigkeitsverteilung nur ungenügend beschreibt. Werden anhand der ausgewählten Weibull-Verteilung die Grenzwerte zur Bestimmung der Lower- und Upper-Kostenausreißer ermittelt, werden diese Grenzwerte aufgrund des Verlaufs der Weibull-Verteilung im Hinblick auf die empirische Häufigkeitsverteilung falsch ausgewiesen. Damit werden aber auch die Lower- und Upper-Kostenausreißer selbst unpassend zur empirischen Häufigkeitsverteilung bestimmt. Zur Verbesserung der Anpassung der theoretischen Verteilungsfunktion an die empirische Häufigkeitsverteilung stehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten zur Verfügung:

1. Wahl einer anderen Verteilungsfunktion, welche die Beschreibung mehrgipflicher empirischer Häufigkeitsverteilungen zulässt,
2. Ausschluss der die Mehrgipfeligkeit im Wesentlichen verursachenden Fälle aus der Betrachtung.

Ob grundsätzlich Verteilungsfunktionen existieren, welche die empirische Häufigkeitsverteilung von DRGs mit Mehrgipfeligkeit in vergleichbar guter Weise beschreiben, ist fraglich und konnte bis zum Abschluss der Arbeiten zum vorliegenden Extremkostenbericht nicht geklärt werden. Die zweite Lösungsoption erscheint – wie im Beispiel offensichtlich wird – zur Problemlösung geeignet und soll im vorliegenden Bericht verfolgt werden. Werden die Ein-Belegungstag-Fälle der impliziten Ein-Belegungstag-DRGs aus der Betrachtung ausgeschlossen, reduziert sich die Problematik der Mehrgipfeligkeit erheblich. Dies wird am Beispiel der DRG Q61D nach Ausschluss der Ein-Belegungstag-Fälle in Abbildung 4 verdeutlicht.

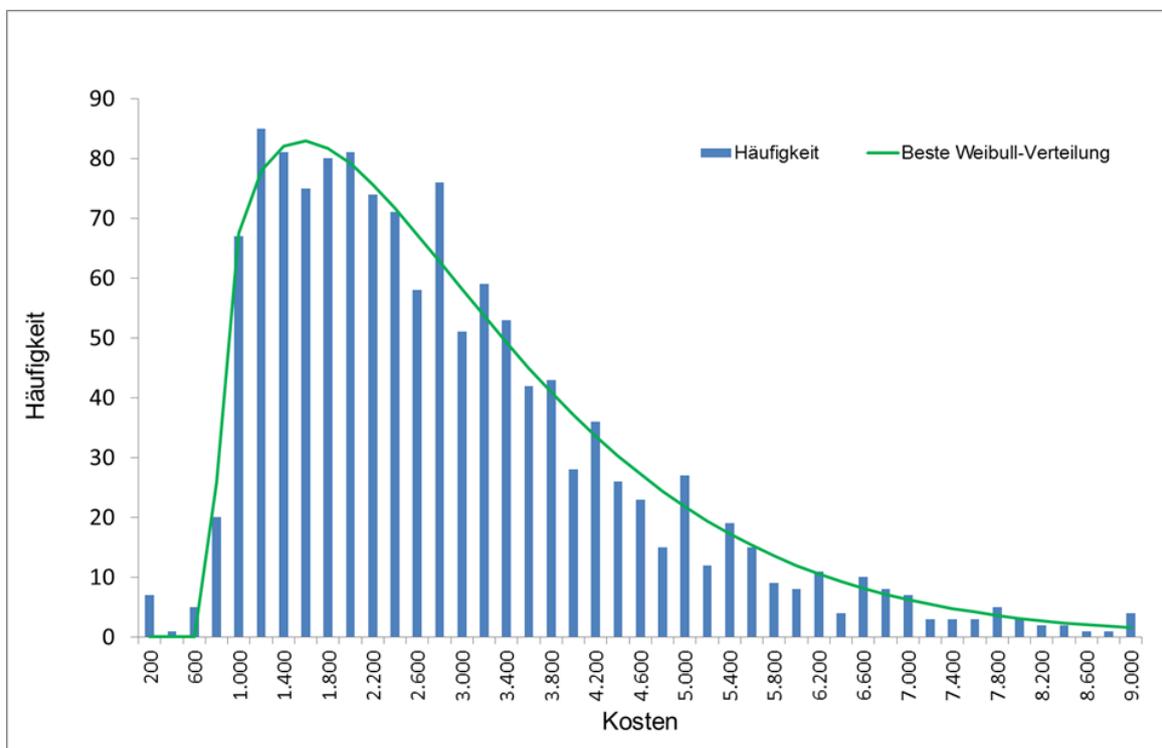


Abbildung 4: Histogramm und beste theoretische Verteilungsfunktion für die bereinigten Kosten der DRG Q61D ohne Ein-Belegungstag-Fälle (Weibull-Verteilung)

Der Verlauf der empirischen Häufigkeitsverteilung (blaue Balken) verändert sich durch die Herausnahme der Ein-Belegungstagfälle deutlich und der zweite Gipfel in der empirischen Häufigkeitsverteilung verschwindet. Die Anpassung der ausgewählten besten theoretischen Verteilungsfunktion (Weibull-Verteilung, grüne Farbe) an die empirische Häufigkeitsverteilung verbessert sich ebenfalls deutlich. Werden die Grenzwerte zur Bestimmung der Lower- und Upper-Kostenausreißer auf Basis dieser Weibull-Verteilung ermittelt, ergeben sich deutlich besser zur empirischen Häufigkeitsverteilung passende Grenzwerte. Damit werden auch die Lower- und Upper-Kostenausreißer bes-

ser zur empirischen Häufigkeitsverteilung passend ausgewählt. Die Betrachtung der Kostenunter- bzw. Kostenüberdeckung der Kostenausreißer wird sachgerechter.

Die Herausnahme der Ein-Belegungstag-Fälle der impliziten Ein-Belegungstag-DRGs hat einen weiteren Vorteil. Ein Eckpunkt der Analysen ist die Fragestellung, ob saldierte Kostenunterdeckungen und Kostenüberdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene ungleich verteilt sind (vgl. die in Kapitel 1.2.2 aufgeführte Frage 3). Die Kostenunterdeckungen resultieren im Regelfall aus den Upper-Kostenausreißern und die Kostenüberdeckungen im Regelfall aus den Lower-Kostenausreißern. Die Kostenunterdeckungen bei den Upper-Kostenausreißern sind im Grunde unbegrenzt, da außergewöhnliche Behandlungsverläufe mit sehr hohen Kosten – und damit korrespondierend mit hohen Kostenunterdeckungen – verbunden sein können. Im Unterschied dazu sind Kostenüberdeckungen bei den Lower-Kostenausreißern allein schon bedingt durch die kürzere Verweildauer und die damit einhergehende geringe Wahrscheinlichkeit eines atypischen, sehr aufwendigen Behandlungsverlaufs in ihrer Größenordnung systembedingt begrenzt. Dies gilt insbesondere für die Ein-Belegungstag-Fälle mit nur wenigen Stunden stationären Aufenthalts und entsprechend niedrigen Kosten und Erlösen.

Die Auswahl der Lower- und Upper-Kostenausreißer ist damit entscheidend für das (saldierte) Ergebnis. Eine nicht zur empirischen Häufigkeitsverteilung passende Auswahl von Kostenausreißern führt zu fehlerhaften Analyseergebnissen hinsichtlich der (saldierten) Kostendeckung der Kostenausreißer. Eine Saldierung der Kostenüberdeckungen mit den Kostenunterdeckungen aus zur empirischen Häufigkeitsverteilung unpassenden Kostenausreißern ist bei impliziten Ein-Belegungstag-DRGs systematisch in Richtung einer Kostenunterdeckung der Kostenausreißer verzerrt. Entsprechend ist fraglich, ob die mit Hilfe der Verteilungsfunktionen identifizierten Kostenausreißer im Sinne der Fragestellungen in Kapitel 1.2.2 sachgerecht sind. Bei Vorliegen einer systematischen Verzerrung sollte diese vermieden werden, um die Sachgerechtigkeit der Kostenausreißerauswahl zu erhöhen. Um diese systematische Verzerrung zu reduzieren und die Auswahl der Kostenausreißer für die Analyse angemessener zu gestalten, wurden im weiteren Verlauf der Analysen die Ein-Belegungstag-Fälle der 345 impliziten Ein-Belegungstag-DRGs aus der Betrachtung ausgeschlossen. Mit dieser Maßnahme wird gleichzeitig die Problematik der Mehrgipfeligkeit reduziert.

2.2 Spannungsfeld Systementwicklung – Extremkostenbetrachtung

In der bisherigen Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lag der Fokus der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bei einem vom Einzelfall abstrahierenden Prüfungsansatz. 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. Der Zusammenhang zwischen den für einen Behandlungsfall dokumentierten medizinischen Informationen (z.B. Diagnose- und Prozedurenkodes, aber auch persönliche Patientenmerkmale) und den sich daraus begründenden Behandlungskosten steht bei den inhaltlichen Prüfungen im Mittelpunkt der Analyse. Auffälligkeiten in den Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen führten nur dann zu einer Nichtberücksichtigung im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, wenn die Berücksichtigung zu

einer fehlerbehafteten Bewertung der DRG-Fallpauschale geführt hätte. Die Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen hatten zum Ziel, die Bewertungsrelationen eines pauschalierenden Entgeltsystems auf Basis der bestehenden Kalkulationsvorgaben bestmöglich zu kalkulieren. Ein durch die Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen in dieser Situation als unauffällig beschriebenes Kalkulationsergebnis bedeutet nicht, dass bei einer Einzelfallbetrachtung im Sinne einer Deckungsbeitragsrechnung ebenfalls die Entscheidung eines kongruenten Kalkulationsergebnisses getroffen werden würde. Durch die Betrachtung von Kostenausreißerfällen unter Berücksichtigung der mit den Fällen verbundenen Erlöse müssen die Konformitäts- und Plausibilitätsprüfungen um die bisher weniger beachtete Komponente der Kongruenz des Kalkulationsergebnisses bei einer Einzelfallbetrachtung im Sinne einer Kostentragfähigkeit erweitert werden. Der bestehende Mehr-Ebenen-Ansatz in der Analyse der Kalkulationsfälle wird damit um eine weitere Betrachtungsebene erweitert. Im Fokus dieser neuen Betrachtungsebene steht die Kostentragfähigkeit des Einzelfalls, d.h. in das Zentrum der Analyse der Kostenausreißerfälle rückt das Zusammenspiel aus dokumentierter Leistung, Kalkulationsergebnis und generierter (bzw. zu generierender) Erlöse. Bei Auffälligkeiten in diesem Zusammenspiel wird nicht primär eine Entscheidung zur Berücksichtigung bzw. Nichtberücksichtigung des Falles bei der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems getroffen. Vielmehr ist nach intensiver Analyse der Ursachen des auffälligen Kalkulationsergebnisses, der Erlössituation und der Leistungsdokumentation eine mehrstufige Entscheidung zu treffen. Solange im zeitlichen Ablauf den Kalkulationsteilnehmern die Möglichkeit gegeben ist, mögliche Fehler zu korrigieren, liegt der Fokus der Prüfungen darauf, die Prüfergebnisse an die Kalkulationsteilnehmer zu kommunizieren und eine Korrektur der identifizierten Auffälligkeit zu erreichen. Nach Ablauf der Korrekturfristen Ende Mai muss für jeden identifizierten Kostenausreißerfall entschieden werden, ob er für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems und/oder für die vertiefende Analyse im Rahmen der Erstellung des Extremkostenberichts Verwendung finden kann. Schematisch gesehen ist damit jeder identifizierte Kostenausreißerfall dem entsprechenden Feld der folgenden Matrix in Abbildung 5 zuzuordnen:

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

Abbildung 5: Matrix zur Einteilung der Fälle hinsichtlich ihrer Verwendung zur Pflege des G-DRG-Systems und/oder im Extremkostenbericht

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

Beispielfall 1: (Lower-Kostenausreißer)

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

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

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

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

Beispielfall 2 (Upper-Kostenausreißer):

- Inlier, DRG E77D *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]*
- Mit Normalstationskosten > 800 € je Tag
(davon 500 € für den Pflegedienst)
- Starke Kostenunterdeckung

- Bei Systementwicklung unerklärter Ausreißer mit Auswirkung auf die Kostenstruktur der DRG-Fallpauschale (Fallausschluss)
- Beantwortung der Rückfrage zu dem Fall durch das Krankenhaus zu spät, sodass er im Extremkostenbericht verwendet worden ist

Beispielfall 3 (Lower-Kostenausreißer):

- Inlier, DRG E77D *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]*
- Mit Normalstationskosten < 70 € je Tag
(davon 20 € für den Pflegedienst)
- Starke Kostenüberdeckung

- Bei Systementwicklung unerklärter Ausreißer mit Auswirkung auf die Kostenstruktur der DRG-Fallpauschale (Fallausschluss)
- Beantwortung der Rückfrage zu dem Fall durch das Krankenhaus zu spät, sodass er im Extremkostenbericht verwendet worden ist

In den Beispielfällen zu Beispiel 2 und 3 wurden dem Krankenhaus im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen Nachfragen zur Kostenkalkulation übermittelt. Die Fälle wurden auf Basis der bestehenden Kalkulationsprozesse bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog für 2015 nicht verwendet; gleichwohl wurden sie in der Analysemenge zum Extremkostenbericht belassen. Aus der Analysemenge wurden nur Fälle herausgenommen, bei denen auf Nachfrage des InEK auch eine Antwort des Krankenhauses vorlag.

Ein Fall im Feld 3 der Matrix wird zwar in der Analyse zunächst als Kostenausreißerfall identifiziert; die Berücksichtigung des Falles hat aber bei der Bestimmung der Bewertungsrelationen eines pauschalierenden Entgeltsystems keine Auswirkungen. Bisher wurde solche Fälle nicht gesondert analysiert, da die Verweildauer des Falles plausibel ist und das zusätzliche Entgelt nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer normativ berechnet wird. Erst durch die Beauftragung zur Überprüfung von Kostenausreißerfällen werden diese Fälle einer gesonderten Analyse unterzogen. Bei der Betrachtung des folgenden Beispielfalles ist jedoch kein Beitrag für die Erstellung des Extremkostenberichts ersichtlich, da eine bekannte Kalkulationsbedingung in Verbindung mit der statistischen Ermittlung der Kostenausreißerfälle ursächlich für die Identifikation des Falles ist.

Beispielfall 4: (Upper-Kostenausreißer)

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

Von zentraler Bedeutung für die Verwendung eines Falles aus den Feldern 2 oder 3 der Matrix in Abbildung 5 für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ist die Rückmeldung des Krankenhauses im Kostenausreißerreport. So wären die Beispielfälle 3 und 4 bei früherer Rückmeldung des Krankenhauses – und gleichzeitig Einräumung eines Kalkulationsfehlers – nicht für den Extremkostenbericht berücksichtigt worden und folglich in Feld 4 der Matrix eingruppiert worden. Sowohl eine Nachfrage an die Krankenhäuser als auch die Beantwortung war jedoch vor allem bei der Vielzahl an Fällen in hochstandardisierten DRGs nicht immer möglich. Insbesondere die Zuordnung von Fällen zu Feldern 2 und 3 der Matrix ist bei verspäteter oder ausbleibender Rückmeldung des Krankenhauses ein unauflösbares Dilemma.

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

2.2.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen

Im Zuge dieses hier beschriebenen Spannungsfeldes mussten neue Prüfmechanismen entwickelt und umgesetzt werden. Bereits erste kursorische Analysen haben gezeigt, dass bei Kostenausreißerfällen nicht selten hohe Kosten auf der Intensivstation zu beobachten sind. Daher wurde ein zentrales Augenmerk auf die Betrachtung der Intensivstationskosten gelegt. Um die Analysen auf eine tragfähige Datengrundlage zu stellen, wurden die zusätzlichen Leistungsinformationen gem. § 2 Abs. 1d der Kalkulationsvereinbarung (die bis zum Datenjahr 2012 nur zusätzliche Informationen zum OP-Bereich und zur Anästhesie umfasste) auf die Übermittlung von zusätzlichen Informationen zu Intensivstationen ausgeweitet.

Konkret wurden die folgenden Informationen für jeden Intensivkontakt erhoben:

- Gewichtete und ungewichtete Intensivstunden
- Aufnahme- und Entlassungsdatum auf bzw. von der Intensivstation
- Kostenwerte für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes und Pflegedienstes
- Kostenwerte für die Infrastrukturkosten

Darüber hinaus sollte angegeben werden, ob die betreffende Intensivstation die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS-Kodes zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung erfüllt. Dies ist eine wichtige Information bei der Beurteilung von Kosten auf einer bestimmten Intensivstation sowie auch zwischen verschiedenen Intensivstationen.

Über die Intensivstation hinaus ist zusätzlich eine genauere Prüfung der Entgelte-Datei unumgänglich, da diese als potentielle Fehlerquelle identifiziert werden konnte. Durch fehlende oder inkorrekte Angaben wird die Berechnung der bereinigten Kosten und damit auch die Berechnung der Kostentragfähigkeit eines Falles verzerrt, was zu fehlerhaften Interpretationen eines Kostenausreißerfalls führen kann.

2.2.2 Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation

Im Laufe des Jahres zeigte sich eine Entwicklung in der Herangehensweise der Anfragen an die Krankenhäuser. So entwickelte sich ein Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation zwischen InEK und Krankenhaus. Die zu Beginn des Jahres sehr allgemein gehaltenen Nachfragen wurden im weiteren Verlauf deutlich konkretisiert. Hier war auf beiden Seiten ein stetiger Lernprozess ersichtlich, der für eine bessere Beurteilung der Kostenausreißerfälle unabdingbar war.

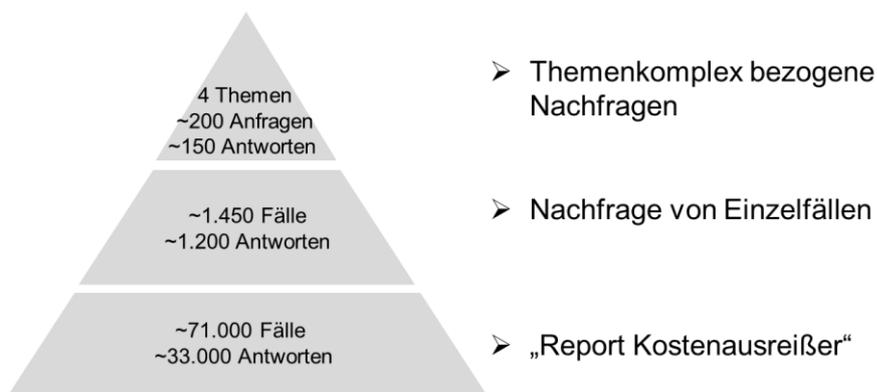


Abbildung 6: Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation

Die einzelnen Ebenen des Mehr-Ebenen-Ansatzes werden in den folgenden Abschnitten detailliert beschrieben.

2.2.2.1 Report Kostenausreißer

Die Krankenhäuser liefern während der jährlichen Kalkulationsphase Kosten- und Leistungsdaten der Fälle des vorangegangenen Kalenderjahres, für die DRG-Kalkulation zum Fallpauschalen-Katalog für 2015 folglich Fälle aus dem Jahr 2013. Diese waren bis

zum 31. März 2014 an das InEK zu übermitteln. Unmittelbar im Anschluss an die Datenannahme schließt sich ein mehrstufiger, teilautomatisierter Prozess der Datenvalidierung an, der in diesem Jahr im Hinblick auf die Erfordernisse der Extremkostenanalyse umfangreich erweitert wurde. Wesentliche Parameter, die in diesen Prüfungen eine Rolle spielen, sind die Kostenverteilung der Fälle innerhalb der DRG-Fallpauschalen einerseits und die Definition der DRG sowie ggf. von Zusatzentgelten und NUB andererseits.

Zum Zeitpunkt der Datenannahme liegen noch keine validierten Kostendaten aus dem Jahr 2013 vor. Entsprechend können zum Beginn der Datenannahme die in Kapitel 2.1 beschriebenen Verfahren zur Auswahl einer Verteilungsfunktion je DRG und die damit verbundene empirische Ermittlung von Kostenausreißern nicht auf Daten des Jahres 2013 angewendet werden. Empirisch ermittelte Kostengrenzwerte zur Identifikation von Kostenausreißern für Zwecke des Extremkostenberichts können sich daher nur auf den Datenbestand der Kalkulation des Vorjahres – und somit die Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus 2012 – stützen. Vor Beginn der Kalkulationsphase wurden daher vom InEK unter Anwendung der am besten geeigneten Verteilungsfunktionen (vgl. Kap. 2.1) die obere und untere Kostengrenze für jede DRG ermittelt. Die zur Bestimmung der Kostenausreißerfälle zu ermittelnden Grenzwerte wurden wie dargestellt auf Basis der plausibilisierten Daten des letzten Jahres berechnet.

In diesem Schritt wurden die Fälle gemäß G-DRG-Version 2013/2014 gruppiert. Der Datenbestand für die Analyse zum Extremkostenbericht zum Zeitpunkt der Datenannahme wurde als „Extremkostendatenmenge I“ bezeichnet:

„Extremkostendatenmenge I“

Verwendung März – Mai 2014

Falldaten des Jahres 2013

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Datenjahres **2012**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG **2013/2014**

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

Der dem Krankenhaus übersandte Kostenausreißerreport enthielt neben der Fallnummer weitere Informationen wie die Verweildauer, die übermittelten Kosten, die DRG sowie eine Auflistung der Auffälligkeiten des Falles. Neben den Fällen, die aufgrund ihrer hohen bzw. niedrigen Gesamtkosten im Report aufgeführt sind, wurde darüber hinaus noch eine zweite Fallmenge ermittelt und in den Kostenausreißerreport aufgenommen. Die zweite Fallmenge bestand aus Fällen, deren Einzelkosten (z.B. Implan-

te, teure Medikamente etc.) mindestens 5.000 € über dem durchschnittlichen Wert der Einzelkosten im entsprechenden Modul der jeweiligen DRG lagen. Insgesamt wurden auf diese Weise rund 71.000 Fälle ermittelt, die den Krankenhäusern im Kostenausreißerreport zugesandt wurden. Bei einem empirisch zu erwartenden Kostenausreißer-Anteil von ca. 6% müssten in den Kostenausreißerreporten rund 250.000 Fälle aufgelistet werden. Aus Gründen der Durchführbarkeit der Bearbeitung insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern konnte durch die beschriebenen Beschränkungen im Ausweis des Reports der Anteil massiv auf ca. 1,7% reduziert werden. Diese Herangehensweise wurde bereits in der Arbeitsgruppe der Selbstverwaltungspartner im November 2013 zum Extremkostenbericht diskutiert. Aus Praktikabilitätsgründen wurden damit rund 180.000 Fälle, die durch das statistische Verfahren eigentlich als Kostenausreißer identifiziert wurden, nicht in den Fokus der Analysen gerückt.

Durch die Erweiterung der Reporte an die Kalkulationskrankenhäuser durch den Kostenausreißerreport konnte zum einen den Krankenhäusern frühzeitig ein weiterer Hinweis auf kostenauffällige Fälle gegeben werden. Zum anderen erhält aber auch das InEK weiterführende Informationen zu auffälligen Einzelkosten innerhalb einer DRG, die möglicherweise in ihrer Fallzusammensetzung inhomogen ist. Die Überschreitung der jeweiligen DRG-bezogenen plausiblen Kosten kann dabei durch hohe Kosten begründet sein, die nur bei einigen Fällen der DRG auftreten, jedoch bei dem überwiegenden Teil der Fälle in dieser DRG typischerweise nicht anfallen. Ebenso ist es möglich, dass in der DRG zwar regelhaft hohe Kosten etwa für Implantate oder andere teure Medikalprodukte anfallen, bestimmte Fälle aber den (entsprechend hohen) plausiblen Kostenwert aufgrund einer Kombination mehrerer Produkte oder Verfahren dennoch übersteigen. In beiden Fällen kann die Rückmeldung des Hauses wertvolle Hinweise zur Kostenkalkulation oder auch zur weiteren Optimierung der Gruppierungslogik liefern.

Das primäre Ziel des Kostenausreißerreports bestand darin, den Krankenhäusern zu einem möglichst frühen Zeitpunkt eine Liste mit Kostenausreißerfällen zu übersenden, um die Häuser auf mögliche systematische Kalkulationsfehler aufmerksam zu machen und den Krankenhäusern ausreichend Zeit für die Analyse auffälliger und ggf. die Korrektur fehlerhafter Fälle einzuräumen.

Im Nachhinein zeigte sich jedoch, dass der Kostenausreißerreport den Krankenhäusern nicht für jede Auffälligkeit ausreichend genaue Anhaltspunkte zur Herkunft der hinterfragten Kosten gab. Für einen detaillierteren Report mit besseren Anhaltspunkten fehlte zu Beginn der Datenannahme allerdings die Zeit, da der Gesamtprozess zur Analyse der Kostenausreißer und zur Kommunikation mit den Kalkulationsteilnehmern erst etabliert werden musste.

Die Antworten der Kalkulationskliniken zum Kostenausreißerreport bezogen sich häufig auf die übermittelten Kalkulationsfehler des betreffenden Falles, die mit den auffälligen Kosten in Zusammenhang stehen konnten – jedoch nicht zwangsläufig mussten. Dies verdeutlicht das nachfolgende Beispiel in Abbildung 7.

DRG	DRG_Text	Vwd	Fallkosten	alle Fehler/Hinweise des Falls	Anmerkung des Krankenhauses (ggf. aus letzter Lieferung vorab befüllt)	Modul/KoArtGr	UG/OG	Auffälligkeit	Einzelkosten
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff	12	31.724	Infra11	Die Basiskostenstellen medizinisch und nicht medizinisch wurden über den in der Info-Datei angegebenen Verrechnungsschlüssel umgelegt und dann über den Verteilerschlüssel dem Fall zugeordnet.			Kostenausreißer	0

Abbildung 7: Auszug aus einem Kostenausreißerreport als Beispiel für eine Auffälligkeit ohne Bezug zum Ergebnis der Plausibilitätsprüfung

Das Krankenhaus bezog seine Antwort auf die in der Plausibilitätsprüfung erkannte Auffälligkeit (Kostenart „Infrastruktur“). Diese war jedoch in diesem konkreten Fall nicht in erster Linie für die hohen Gesamtkosten ursächlich. Grund für die Identifikation des Falles als Kostenausreißer waren die dem Fall zugeordneten Personalkosten für den Ärztlichen Dienst im OP. Diese wurden jedoch nicht im Zuge einer Plausibilitätsprüfung „erkannt“, da die in der automatisierten Prüfung definierte Grenze gerade eben noch unterschritten wurde, obwohl in der Einzelanalyse die übermittelten Arztkosten als dringend nachfragebedürftig aufgefallen wären.

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

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

Abbildung 8: Auszug aus einem Kostenausreißerreport als Beispiel für auffällig hohe Einzelkosten

Das Krankenhaus erläuterte bei dem Fall in Abbildung 8 die hohen Einzelkosten im Modul 4b, das für die fallbezogene Buchung von Medikamentenkosten vorgesehen ist. Der Fall konnte so erklärt und die für diese DRG ungewöhnliche Kostenhöhe nachvollzogen werden. Ursächlich war in diesem Fall, dass für das kostenverursachende Medikament vom Krankenhaus kein Zusatzentgelt abgerechnet worden war.

Für die nachfolgend dargestellten, inhaltlich weit über den Kostenausreißerreport hinausgehenden Einzelfallrückfragen waren sowohl zur Ermittlung der Kostengrenzen aktuelle Kostendaten (und damit Kostengrenzen) aus dem Jahr 2013 verfügbar als auch die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zu berücksichtigen. Für die „Extremkostendatenmenge II“ wurden die Fälle nach dem tagesgenauen Entwicklungsstand des G-DRG-Systems für 2015 inkl. der bis dahin bestehenden Umbauten eingruppiert.

„Extremkostendatenmenge II“

Verwendung ab Juni 2014

Falldaten des Jahres 2013

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

DRG-Eingruppierung nach G-DRG 2013/2015 (**bzw. tagesgenauer Entwicklungsstand des G-DRG-Systems**)

Nach Abschluss der Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2015 wurde der Datenbestand für den Extremkostenbericht schließlich mit dem gerade fertiggestellten G-DRG-Grouper der Version 2015 gruppiert:

„Extremkostendatenmenge III“

Verwendung ab Ende August 2014

Falldaten des Jahres 2013

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

DRG-Eingruppierung nach G-DRG 2013/**2015**

Sofern nachfolgend Analyseergebnisse auf DRG-Fallpauschalen Bezug nehmen, betrifft dies – sofern nicht abweichend dargestellt – die Eingruppierung nach dem endgültigen System 2015.

2.2.2.2 Themenkomplexbezogene Nachfragen

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

Kosten der Intensivstation

In Kapitel 2.2.1 wurde bereits die in diesem Jahr neu eingeführte Abfrage zur Intensivstation kurz erläutert. Da die Informationen, auch bedingt durch die recht kurzfristige Ankündigung und den damit verbundenen nicht vorhersehbaren Aufwand, nicht von allen Krankenhäusern in suffizientem Umfang ausgefüllt und übermittelt wurden, mussten zur Nachvollziehbarkeit und Bewertung auffälliger Intensivstationskosten weitere Nachfragen zur Intensivstation gestellt werden. Daher erbat das InEK im Juli 2014 detaillierte Informationen zu den Gewichtungsmodellen auf verschiedenen Intensivstationen sowie zu einigen einzelfallbezogenen Angaben. Mit den erhaltenen Daten war eine hinreichend genaue Beurteilung der Kostenausreißerfälle jedoch weiterhin nicht immer möglich. Im August/September 2014 konkretisierte das InEK die Fragen zu Intensivparametern von Einzelfällen und Stationen nochmals. Dabei sei angemerkt, dass die Kosten eines Falles auf der Intensivstation folgendermaßen kalkuliert werden: Die Kosten für das Personal sowie die Gemeinkosten des medizinischen Bedarfs und der Arzneimittel sind den Fällen mittels gewichteter Intensivstunden zuzuordnen. Ausgenommen davon sind die Infrastrukturkosten, die über ungewichtete Intensivstunden zugeordnet werden, da diese sich durch die Schwere eines Behandlungsfalles nicht ändern. Folgende Nachfrage an die Krankenhäuser sollte die gewünschten Informationen zu Intensivfällen und -stationen liefern:

Grundsätzliches:

- (1) *Bitte übermitteln Sie die Anzahl Belegungstage des letzten Jahres der Stationen, auf der dieser Patient gelegen hat. Übermitteln Sie die Angaben bitte für jede Kostenstelle, die der Kostenstellengruppe „Intensivstation“ zugeordnet wurde und die der Patient während seiner Behandlung durchlaufen hat. Bitte geben Sie zusätzlich die über das ganze Jahr angefallenen gewichteten und ungewichteten Intensivstunden dieser Stationen an. Bitte verwenden Sie einen aussagekräftigen Namen für die einzelnen Stationen.*
- (2) *Geben Sie bitte an, welche personelle Ausstattung diese Stationen haben. Geben Sie hierbei bitte die Anzahl der Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes sowie des Medizinisch-technischen Dienstes und die jeweils zugeordneten Personalkosten an.*
- (3) *Nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuches sind die Intensivstunden nach der „Behandlungsintensität“ zu gewichten. Bitte erläutern Sie, welche Gewichtungsfaktoren Sie auf den Intensivstationen verwenden. Geben Sie bitte jeweils den „Marker“ für die „Behandlungsintensität“ inklusive des zugeordneten Gewichtungsfaktors an.*
- (4) *Bitte teilen Sie uns insbesondere die Anzahl der jeweils aufgestellten Betten sowie den Auslastungsgrad der Stationen mit. Liegen für diese Stationen strukturelle Besonderheiten vor?*

Patientenindividuell:

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

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

Personalkosten im OP-Bereich

Grundsätzlich sind die OP-Kosten aufgrund der schon langjährig bestehenden Übermittlung zu Schnitt-Naht-Zeiten sowie Personaleinsatz gut zu plausibilisieren. Durch die genauere Nachfrage von Kostensätzen sowie Auslastung der betreffenden OP-Säle wurden jedoch weitere Informationen herangezogen, die über bisher bestehende Mechanismen hinausgingen, insbesondere um die übermittelten Personalkosten im Vergleich zur dokumentierten Leistung plausibilisieren zu können. Die Zuordnung der Kos-

ten erfolgt im OP-Bereich anhand der Schnitt-Naht-Zeiten sowie des Gleichzeitigkeitsfaktors. Analog zur Verteilung der Kosten auf der Intensivstation weicht auch im OP-Bereich der Verteilungsschlüssel für die Infrastrukturkosten leicht von den restlichen Kostenartengruppen ab. Diese Kosten werden allein über die Schnitt-Naht-Zeit verteilt, da kein Zusammenhang zwischen Gleichzeitigkeitsfaktor und Infrastrukturkosten herzustellen ist. Vor allem betrachtet wurden in diesem Zusammenhang die Kostensätze für die Personalkosten des Ärztlichen Dienstes sowie des Funktionsdienstes. Zur Klärung dieser Problematik wurde folgende Nachfrage an die Krankenhäuser verschickt:

- (1) Bitte übermitteln Sie die Anzahl Personen des Ärztlichen Dienstes, die in dem OP-Bereich tätig sind.
- (2) Bitte übermitteln Sie die Anzahl Vollkräfte des Ärztlichen Dienstes, die dem OP-Bereich zugeordnet sind.
- (3) Bitte übermitteln Sie die Anzahl Vollkräfte/Personen des Ärztlichen Dienstes, die direkt und ausschließlich dem OP-Bereich zugeordnet sind (100% der Arbeitszeit im OP-Bereich).
- (4) Bitte übermitteln Sie die durchschnittliche dokumentierte Netto-Arbeitszeit je Vollkraft des Ärztlichen Dienstes im OP.

Besonderes Augenmerk wurde bei der Beurteilung der Personalkosten im OP auf den Gleichzeitigkeitsfaktor gelegt. Dieser gibt an, wie viele Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes bzw. des Funktionsdienstes während des Eingriffs durchschnittlich an der OP beteiligt sind. Abbildung 9 zeigt ein Beispiel für eine Rückfrage des InEK zu den OP-Kosten und die entsprechende Antwort des Kalkulationskrankenhauses.

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

Abbildung 9: Beispiel für eine Rückfrage des InEK zum OP-Bereich mit der korrespondierenden Antwort eines Krankenhauses

Bei diesem Fall wurde durch die Rückmeldung des Krankenhauses nur ein Teil der Unterdeckung erläutert, sodass diese Antwort allein nicht ausreichend ist, um den Fall aus der Extremkostenbetrachtung auszuschließen. An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass das Leistungsgeschehen im Operationssaal ein komplexes Geschehen darstellt. Insofern ist eine genaue Beschreibung mit Datensätzen nicht ganz einfach; insbesondere die detaillierte Erfassung der OP-Daten stellt sich als sehr vielschichtig

dar. Verstärkt wird diese Komplexität durch mehrere operative Eingriffe während eines Aufenthalts sowie möglicherweise stattfindenden interdisziplinären Operationen. So lassen sich die genauen Zeiten eines jeden Mitarbeiters später deutlich schwieriger plausibilisieren als bei einfachen Operationen.

Einzelkosten

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

Bei den Einzelkosten ist zu unterscheiden nach

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

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

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

- Differenziert nach OPS verschlüsselte Leistungen für praktisch alle operativen und interventionellen Verfahren sowie für einen erheblichen Teil der hochteuren Medikamente
- Detaillierte fallbezogene Kostendaten nach Kostenstellen und Kostenarten

Auf dieser Grundlage sind bereits umfangreiche Plausibilisierungen der Kalkulationsdaten möglich und seit Jahren in den Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK etabliert, beispielsweise werden Implantatkosten und die zugehörigen OPS-Kodes umfassend gegeneinander verprobt. Typischerweise sind jedoch Fälle diesen teilautomatisierten Prüfungen umso weniger zugänglich, je komplexer die mit ihnen verbundene Leistungserbringung ist. Dies gilt insbesondere für Fälle, die mehrere verschiedene Leistungen erhalten haben, deren Kostenzuordnung zu unterschiedlichen, sich ggf. überschneidenden Kostenmodulen führt. Dabei sind insbesondere folgende Einschränkungen der Aussagekraft der regulären Daten zu beachten:

- Werden die Kosten mehrerer Leistungen im selben Kostenmodul verbucht, ist nicht erkennbar, welcher Kostenanteil auf welche Leistung entfällt. Von hoher Relevanz ist dies z.B. bei der Gabe mehrerer teurer Medikamente auf der Intensivstation. Hier wird im Kostendatensatz lediglich die Summe der Medikamente-Einzelkosten im Kostenmodul 2.4b übermittelt.
- Nicht alle OPS-Kodes weisen einen eindeutigen Mengen- oder Dosisbezug auf. So ist z.B. nicht in jedem Fall im §-21-Datensatz sicher zu identifizieren, wenn ein Fall statt typischerweise einer mehrere Gefäßprothesen in einer

Sitzung an der gleichen Lokalisation erhalten hat, weil die spezielle Situation dies erforderte. Bei korrekter Kalkulation wird dieser Fall aber ein Vielfaches der normalerweise erwarteten Implantatkosten aufweisen.

- Nicht in jedem Fall besteht eine zwingende Zuordnung von Leistungsdokumentation (meist also: OPS-Kode) und Kostenmodul. Viele teure Medikamente kommen auf Normal- oder auf Intensivstationen zum Einsatz. Manche Implantate können entweder der Kostenstellengruppe „OP-Bereich“ oder „kardiologische Diagnostik und Therapie“ oder „Radiologie“ zugeordnet sein.

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

In erster Linie zu nennen ist das Instrument der ergänzenden Datenlieferung, das bereits seit Jahren u.a. im Zusammenhang mit der Kalkulation von Zusatzentgelten etabliert ist und im Jahr 2014 erneut ausgebaut wurde. In diesem Jahr wurden zu 127 verschiedenen hochteuren Medikamenten und Blutprodukten sowie zu 80 anderen Verfahren (Operationen, Interventionen, Implantate, besondere Therapieverfahren etc.) ergänzende Daten abgefragt, wodurch in erheblichem Umfang zusätzliche präzise Informationen zu Dosis, Kosten, Applikationsart, Anzahl Implantate, genauem Implantattyp u.v.a.m. zur Verfügung standen. So können z.B. vermutete Diskrepanzen zwischen auffällig hohen Kosten (im regulären Kostendatensatz) und diese nicht erklärenden Dosisangaben mittels der ergänzenden Datenlieferung aufgeklärt werden. Ein Beispiel für eine Auffälligkeit hinsichtlich der Dokumentation einer Dosisangabe zeigt Abbildung 10.

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

Abbildung 10: Beispiel für einen Dokumentationsfehler bei der Dosisangabe eines Medikaments

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

Eine Auffälligkeit im Bereich der zugeordneten Implantatkosten kann an folgendem Beispiel gezeigt werden. Der Fall wurde mit Implantatkosten in Höhe von 42.761 € übermittelt. Als leistungsbeschreibender OPS-Kode wurde eine endovaskuläre Mitralklappenrekonstruktion verschlüsselt. Dieser OPS-Kode verschlüsselt die durchgeführte Leistung, aber nicht die Anzahl der verwendeten Clips. Typischerweise ist davon auszugehen, dass ein Clip Verwendung findet. Die übermittelten Implantatkosten erschienen für einen einzelnen Eingriff bzw. die Implantation eines Mitralsclips auffällig hoch. Durch Rückfrage und Verweis auf die in der ergänzenden Datenlieferung angegebene Anzahl von zwei implantierten Clips konnten die Kosten plausibilisiert werden (vgl. Abb. 11).

	Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	Funktions-dienst	Sachkosten Arzneimittel		Implantate	Sachkosten med. Bedarf		med. Infra-struktur	nicht med. Infra-struktur
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
Kardiologie	7	69 €		138 €	5 €	42.761 €	113 €	191 €	27 €	81 €

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

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

→ Anzahl verwendeter Mitraclips auf Einzelfallebene nachgefragt

Abbildung 11: Beispiel für eine Auffälligkeit bei Implantatkosten und korrespondierende Angaben in der ergänzenden Datenbereitstellung

Bei der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren und den korrespondierenden Kostenzuordnungen konnten durch Nachfragen ebenfalls einige Fälle plausibilisiert bzw. Fehler aufgedeckt werden. Nach Vorgabe des Kalkulationshandbuchs sind die Kosten für die Gabe von Gerinnungsfaktoren bei temporär erworbenen Blutgerinnungsstörungen in Kostenartengruppe 4b (Medikamente) auszuweisen. Bei dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen sind die Kosten jedoch in das Modul 99.10 zu buchen. Bei folgendem in Abbildung 12 illustrierten Fall wurden die Kosten für Faktorpräparate fälschlicherweise als Einzelkosten im Kostenmodul 2.4b gebucht, obwohl der Fall laut Kodierung eine dauerhafte Blutgerinnungsstörung aufweist und damit die Kostenzuordnung zu Kostenmodul 99.10 korrekt gewesen wäre. Darüber hinaus enthielten die Einzelkosten versehentlich auch noch den doppelten Betrag.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflege-dienst	Funktions-dienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infra-struktur	nicht med. Infra-struktur	Faktorpräparate
	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8	99_10
Intensivstation	2	618 €	1.570 €	15 €	84 €	350.812 €	276 €	488 €	1.290 €	- €

Abbildung 12: Beispiel für eine Auffälligkeit bei der Zuordnung von Einzelkosten für die Gabe von Gerinnungsfaktoren

Andere Auffälligkeiten erforderten individuelle Rückfragen, wie Abbildung 13 beispielhaft darstellt.

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

Abbildung 13: Beispiele für Rückfragen des InEK zu Einzelkosten mit der korrespondierenden Antwort der Krankenhäuser

Die in Abbildung 13 gezeigten Fälle verdeutlichen nochmals, dass durch die Rückfragen sowohl Kalkulationsfehler aufgedeckt (Fall 2 und 4) als auch auffällig erscheinende Kosten bzw. Kodierungen vom Krankenhaus plausibel erläutert werden konnten (Fall 1 und 3). Fall 1 und 3 sind damit das Ergebnis einer korrekten Kostenzuordnung.

Abgerechnete Entgelte

Im Bereich der Entgelte wurde deutlich, dass die Prüfung im Fehlerverfahren, das ein grundsätzlicher Bestandteil der Datenplausibilisierung der §-21-Datensätze darstellt, für eine Beurteilung von Kostenausreißerfällen nicht ausreichend ist. Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zu Entgeltangaben waren bisher nicht notwendig, werden jedoch in Anbetracht der Erkenntnisse der Kostenausreißerbetrachtung zukünftig einzuführen sein. Bei vielen Fällen bestanden Inkonsistenzen zwischen den Angaben in der Entgelte-Datei und der Kosten- und Leistungsdokumentation. Ursachen dafür waren Abrechnungsfehler, eine fehlende Vereinbarung von Entgelten oder eine fehlerhafte Dokumentation. Aufgrund fehlender Informationen im InEK zu Vereinbarungsinhalten zwischen Krankenhaus und Krankenkassen bei unbewerteten Entgelten des Fallpauschalen-Katalogs ist keine automatisierte Prüfung der übermittelten Entgeltwerte möglich. Daher wurde versucht, bestehende Unklarheiten durch Nachfragen zu beseitigen. Nachfolgendes Beispiel in Abbildung 14 zeigt eine Diskrepanz zwischen den übermittelten Kosten für Medikamente auf der Intensivstation in Höhe von 48.770 € und den in der Entgelte-Datei übermittelten Angaben zu abgerechneten Zusatzentgelten in Höhe von rund 14.000 €. Nach Angaben des Krankenhauses konnte für das Medikament „Defibrotid“ kein erfolgreiches Verhandlungsergebnis erzielt werden. Der Fall weist damit zwar eine Differenz zwischen Kosten und Erlösen auf, dies stellt allerdings keinen Fehler dar, sondern ist auf das Ergebnis einer individuellen Budget- und Entgeltverhandlung zurückzuführen. Dieser Fall verblieb in der Analysemenge.

	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
KoStG	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8
Intensivstation	2	10.039 €	12.018 €	1.957 €	4.598 €	48.770 €	1.063 €	828 €	11.071 €
OPS-Kode	OPS-Text								
6-002.pc	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Caspofungin, parenteral: 700 mg bis unter 800 mg								
6-002.a1	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Liposomales Cytarabin, intrathekal: 50 mg bis unter 100 mg								
6-004.5d	Applikation von Medikamenten, Liste 4: Micafungin, parenteral: 1.950 mg bis unter 2.350 mg								
6-005.k	Applikation von Medikamenten, Liste 5: Defibrotide, parenteral								

Arzneimittel oder Zusatzentgelt	
ZE10913	Gabe von Caspofungin, parenteral, 700 mg bis unter 800 mg; OPS 6-002.pc
ZE7502	Gabe von Liposomalem Cytarabin, intrathekal, 50 mg bis unter 100 mg; OPS 6-002.a1
ZE12814	Gabe von Micafungin, parenteral, 1.950 mg bis unter 2.350 mg; OPS 6-004.5d

} Erlös 14.000 €

→ Aufgrund ca. 35.000 € ungedeckter Kosten nachgefragt (Defibrotide nicht abgerechnet, NUB 1)

Abbildung 14: Beispiel für eine Auffälligkeit bei Einzelkosten für Medikamente in Verbindung mit den Angaben in der Entgelte-Datei

Folgendes Beispiel in Abbildung 15 zeigt hingegen eine fälschliche fortlaufende Nummerierung der Entgeltschlüssel des Krankenhauses. Das angegebene Entgelt und der kodierte OPS bzw. das in den Ergänzenden Daten aufgeführte Medikament stimmen nicht überein und bedürfen daher einer Rückfrage.

Fall-Nr.	DRG	Entgelt.csv		Ergänzende Daten (Medikamente)		Ops.csv
		Entgelt-Schlüssel	Entgelttext	Kosten NUB/ZE	Medikamentenname	OPS-Kode (nur NUB)
1	R61H	76197657	Arzneimittel oder Zusatzentgelt, Brentuximabvedotin, je mg	8.378 €	Brentuximabvedotin, parenteral, z.B. Adcetris®	8-542.33: Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente
2	R61H	76197658	Arzneimittel oder Zusatzentgelt, Crizotinib, je mg	8.378 €	Brentuximabvedotin, parenteral, z.B. Adcetris®	8-542.33: Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente
3	R61H	76197659	Arzneimittel oder Zusatzentgelt, Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, für arteriovenöse Shuntchirurgie, integrierter Stent, Länge 50 mm	8.546 €	Brentuximabvedotin, parenteral, z.B. Adcetris®	8-542.33: Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente
4	R03Z	76197660	Arzneimittel oder Zusatzentgelt, Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, für arteriovenöse Shuntchirurgie, integrierter Stent, Länge 100 mm	8.629 €	Brentuximabvedotin, parenteral, z.B. Adcetris®	8-542.33: Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente
5	R61H	76197661	Arzneimittel oder Zusatzentgelt, Implantation einer Gefäßprothese mit integriertem Stent im Rahmen von arteriovenöser Shunt- und peripherer Bypasschirurgie, für arteriovenöse Shuntchirurgie; OPS 5-392.6	8.881 €	Brentuximabvedotin, parenteral, z.B. Adcetris®	8-542.33: Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente
6	R61H	76197662	Arzneimittel oder Zusatzentgelt, Belimumab, je 20 mg; OPS 6-006.6	8.881 €	Brentuximabvedotin, parenteral, z.B. Adcetris®	8-542.33: Nicht komplexe Chemotherapie: 3 Tage: 3 Medikamente

- Entgeltschlüssel unbeabsichtigt fortlaufend nummeriert
- Fall werden falsche Entgelte zugeordnet
- ➔ Probleme bei Datenvalidierung (Nachfrage erforderlich)

Abbildung 15: Beispiel für eine Auffälligkeit in der Entgelte-Datei

Nach Klärung dieses Sachverhalts wurden die betroffenen Fälle von der Extremkostenbetrachtung ausgeschlossen.

2.2.2.3 Nachfrage von Einzelfällen

Zusätzlich zu den beiden bereits genannten Kommunikationsebenen wurden noch weitere auffällige Einzelfälle an die Krankenhäuser verschickt. Bei diesen wurden vereinzelt auftretende Dokumentations- oder Kalkulationsfehler bzw. -auffälligkeiten hinterfragt. Beispielhaft zu nennen sind hohe Kosten in Kostenstellengruppe 11 (Übrige diag-

nostische und therapeutische Bereiche), die nicht über die Kodierung des Falles nachvollzogen werden konnten. Zwar lassen sich nicht alle Leistungen, deren Kosten in Kostenstellengruppe 11 abgebildet werden, mit Hilfe von OPS-Kodes darstellen, aber der Kostenumfang dieser typischen Leistungen liegt in einem überschaubaren Rahmen. Von diesem Rahmen massiv abweichende Kosten wurden in den Fokus genommen. Beispielsweise wurden bei folgendem Fall in Abbildung 16 die übermittelten Personalkosten für den Funktionsdienst in den übrigen diagnostischen und therapeutischen Bereichen hinterfragt.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8
Kostenstellengruppe 11	2.623 €		19.576 €	474 €		2.869 €		2.912 €	10.978 €

OPS-Kode	OPS-Text
5-399.5	Andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)

Abbildung 16: Beispiel für eine Rückfrage des InEK zur Kostenstellengruppe 11 (Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche)

Das betreffende Krankenhaus meldete für den Fall in Abbildung 16 zurück, dass durch einen Fehler in der Leistungsmengenerfassung zu hohe Kosten auf den Fall gebucht wurden.

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

2.3 Zwischenergebnis Datenanalyse

Die in Kapitel 2.2. dargestellten Prüfungen zeigen den großen Aufwand, der sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten des InEK betrieben wurde, um bestehende Fragestellungen aufzulösen. Nach der anfänglich etwas rudimentären Nachfrage durch den Kostenausreißerreport gingen die Prüfungen der Kosten, Entgelte und Dokumentationen im weiteren Verlauf deutlich tiefer ins Detail. Dies machte sich beispielsweise bei der Suche der betreffenden Fälle bemerkbar. Auf Seiten der Krankenhäuser führten die detaillierteren Nachfragen zum einen zum besseren Verständnis der angefragten Problematik. Zum anderen mussten krankenhausintern neue Abläufe eingeführt werden, um interdisziplinär auf die Fragen des InEK reagieren zu können. Rückblickend zeigte sich ein großes Potential an Irrtumsmöglichkeiten, das bei der Bearbeitung der Kostenausreißerfälle zukünftig berücksichtigt wird, um vorhandene Fehlerquellen schneller identifizieren zu können.

Bei der Bearbeitung der Kostenausreißer wurde besonderes Augenmerk auf die Fälle gelegt, welche die größten Differenzen zwischen Kosten und Entgelten aufwiesen. Dabei wurden sowohl Fälle mit sehr hoher Kostenunterdeckung als auch Fälle mit starker Kostenüberdeckung zur Plausibilisierung an die Krankenhäuser geschickt. Bei den am stärksten unterdeckten Fällen konnte eine nennenswerte Anzahl auf Kalkulationsfehler zurückgeführt werden. Ob dies die Fälle mit sehr hoher Kostenunterdeckung in einem überproportionalen Ausmaß betrifft, kann nicht verlässlich eingeschätzt werden, da bei Fällen mit geringerer Kostenunterdeckung ähnlich umfangreiche Einzelfallanalysen und -rückfragen nicht durchgeführt werden konnten. Viele Fälle sind aufgrund fehlerhafter Einzelkostenzuordnungen, inkorrekt eingetragener Einträge in der Entgelte-Datei, unplausibel hoher Gewichtungsfaktoren auf der Intensivstation bzw. diverser anderer Kalkulationsfehler als Kostenausreißer aufgefallen. Diese Fälle konnten jedoch in Rücksprache mit den Krankenhäusern als keine Kostenausreißerfälle im eigentlichen Sinne identifiziert werden und tragen somit nicht zur Belastung der Krankenhäuser durch Kostenausreißer bei.

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

Der in Kapitel 2.2.2.1 ff. beschriebene Zeitverlauf bringt folgende Problematik mit sich: Mit Abschluss der Arbeiten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Ende August 2014 gingen sowohl zeitgleich als auch danach weitere Rückmeldungen zu angefragten Kostenausreißerfällen ein. Dabei waren zwei Konstellationen denkbar: Ein Fall, der innerhalb der Plausibilitätsprüfungen nicht auffällig war und für die Weiterentwicklung des Systems Verwendung fand, musste nach Rückmeldung des Krankenhauses in der Extremkostenbetrachtung ausgeschlossen werden. Eine Nichtberücksichtigung bei der Kalkulation der Fallpauschalen war zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht mehr möglich. Dem gegenüber stehen Fälle, die aufgrund eines möglichen Kalkulationsfehlers nicht für die Kalkulation berücksichtigt wurden, jedoch nach Rückmeldung des Krankenhauses plausibel erläutert werden konnten.

3 Prüfergebnis und Vorschläge

3.1 Kritische Würdigung der ermittelten Kostendeckung

3.1.1 Grundsätzliches

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

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

	Fallkosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs (so wie vom Kalkulationskrankenhaus übermittelt)
abzgl.	Erlöse für bewertete Zusatzentgelte
abzgl.	Erlöse für unbewertete Zusatzentgelte
abzgl.	Erlöse für unbewertete Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen (NUB)
abzgl.	zusätzliche Entgelte für Überschreiten der oberen Grenzverweildauer
zugl.	Abschläge für Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer
zugl.	Abschläge für Verlegungen
	(Zwischensumme: bereinigte Fallkosten im Sinne des Extremkostenberichts)
abzgl.	Katalog-Erlös für Inlier (DRG-Relativgewicht des Falles multipliziert mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert des Jahres 2013)

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

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

ergeben sich – ebenfalls vereinfacht – vier prinzipielle Fehlerquellen:

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

Diese prinzipiellen Fehlerquellen werden in den folgenden Abschnitten näher betrachtet.

3.1.2 Falsch-niedrige Fallkosten

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

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

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

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

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

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

- Die maximal mögliche Dimension des Fehlers „falsch-niedrige Kosten“ ist stets kleiner als die maximal mögliche Dimension des Fehlers „falsch-hohe Kosten“. Ein Fall einer DRG mit typischen Kosten von 5.000 € pro Fall kann diese um maximal 5.000 € unterschreiten – ihn aber um ein Vielfaches dieses Betrages überschreiten.
- Fälle mit dem maximalen Fehler (0 €) fallen in der Regel bereits im kalkulierenden Krankenhaus auf.
- Spätestens im InEK wurden Fälle mit Gesamtkosten in Höhe von 0 € jedoch vollständig aus der Analysemenge ausgeschlossen.

- Fälle mit zu geringen Kosten sind erheblich leichter zu plausibilisieren als Fälle mit „zu hohen“ Kosten, da eine Untergrenzenprüfung (beispielsweise „Wenn Kochleaimplantation, dann müssen Implantatkosten von mindestens 10.000 € vorhanden sein“) völlig unabhängig von weiteren Behandlungen oder Komplikationen des Falles durchgeführt werden kann. Eine Obergrenzenprüfung (beispielsweise „Ein Fall mit OP einer Leistenhernie kann maximal 10.000 € kosten“) ist jedoch nicht in dieser Weise allgemein definierbar.

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

3.1.3 Falsch-hohe Fallkosten

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

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

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

- Kosten für Faktorpräparate (250.000 €) doppelt gebucht (in den Kostenmodulen 99.10 und 1.4b)
- Für Zuordnung bestimmter Kosten der Intensivstation Beatmungsminuten statt Beatmungsstunden verwendet
- Falsch dokumentierte Intensivzeiten
- Eingabefehler bei Materialerfassung: z.B. 40 Nägel (statt einem) bei unfallchirurgischem Fall

- Fehler bei der Zeiterfassung im OP, damit falsch-hohe OP-Zeit, z.B. 41.000 Minuten mit entsprechend hohen Personalkosten im OP
- Medikamentenkosten einer langen teilstationären Behandlung auf einen kurzen vollstationären Aufenthalt desselben Patienten gebucht

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

3.1.4 Falsch-niedrige Erlöse

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

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

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

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

Eher noch bedeutsamer als die fehlende Abrechnung von Zusatzentgelten oder NUB-Entgelten dürfte die Abrechnung einer inadäquaten DRG-Fallpauschale etwa infolge unvollständiger Kodierung sein. Auch in diesem Fall bringt oft nur die fallbezogene Rücksprache mit dem Kalkulationskrankenhaus abschließende Klärung. Ein Fall mit hohen OP-Kosten, aber ohne verschlüsselte operative Leistung kann falsch kodiert sein (ein OPS-Code fehlt, damit dann typischerweise falsch-niedriger Erlös) oder aber falsch

kalkuliert sein (OP-Kosten wurden zugewiesen, die der Fall nicht hatte, damit dann typischerweise falsch-hohe Kosten). Typische Beispiele für falsch-niedrige Erlöse aufgrund unvollständiger Verschlüsselung sind:

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

3.1.5 Falsch-hohe Erlöse

Grundsätzlich ist analog zum in Kapitel 3.1.4 Dargestellten auch im Fall falsch-hoher Erlöse denkbar, dass diese entweder aufgrund der Abrechnung eines Zusatzentgelts bzw. eines NUB-Entgelts oder aber aufgrund der DRG-Eingruppierung entstehen. Jedoch scheint zumindest nicht typisch zu sein, dass laut Entgelte-Datei Zusatzentgelte oder NUB-Entgelte abgerechnet wurden, der entsprechende Fall die Leistung jedoch nicht erhalten hat und auch kein entsprechender OPS-Code gesetzt wurde. Aufgrund der engen Kopplung von OPS-Verschlüsselung und Abrechnung von Zusatzentgelten oder ggf. auch NUB-Entgelten ist ein Mismatch zwischen der Abrechnung von Zusatzentgelten und der OPS-Kodierung eher selten. Hingegen finden sich durchaus in nennenswertem Umfang Fälle, die zwar Zusatzentgelte (gemäß Entgelte-Datei) und korrespondierende OPS-Kodes aufweisen, jedoch keine entsprechenden Kosten (etwa für Medikamente oder Implantate). Bei dieser Konstellation existieren zwei Erklärungsansätze:

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

Nach den Erfahrungen des InEK ist hier die zweite Konstellation die erheblich häufigere. Hingegen treten „echte falsch-hohe Erlöse“ im Zusammenhang mit unbewerteten Zusatzentgelten oder NUB-Entgelten aus einem anderen Grund durchaus auf: Das abgerechnete (unbewertete) Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt weicht stark von den typischen Kosten und Erlösen der Leistung ab, beispielsweise weil es sich um einen „Zahlbetrag“ handelt. So könnte z.B. bei sehr später Budgetvereinbarung das Kostenvolu-

men einer aufwendigen, am Anfang des Jahres aber noch nicht über ein adäquat vereinbartes Zusatzentgelt vergüteten Leistung erlösseitig auf wenige Fälle des Restjahres verteilt sein und so zu einem falsch-hohen Erlös pro Fall führen (der dann begleitet würde von falsch-niedrigen Erlösen der vorangegangenen Fälle).

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

3.1.6 Übersicht

Abbildung 17 stellt eine Übersicht dar, in welcher Weise sich Kalkulations- oder Abrechnungsfehler auf Fallkosten und Fallerlöse auswirken und somit ggf. zu einem verfälschten Deckungsbeitrag führen können.

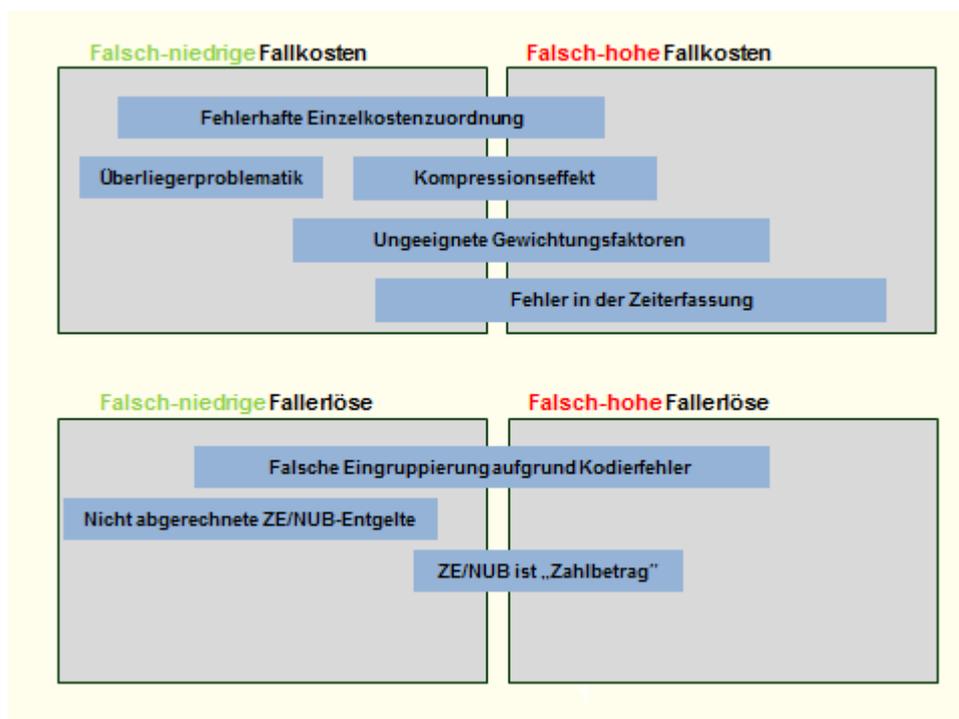


Abbildung 17: Auswirkungen von Kalkulations- oder Abrechnungsfehlern auf die Fallkosten und Fallerlöse

3.1.7 Nicht „falsch“ im hier beschriebenen Sinne

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

- Fälle, die aufgrund eines sehr teuren Medikaments, für das keine entsprechenden Kostenanteile in der DRG einkalkuliert sind und für das keine Vergütungsmöglichkeit über Zusatzentgelte oder NUB-Entgelte besteht und deren Kosten deshalb die Erlöse weit übersteigen, weisen im hier beschriebenen Sinne weder „falsch-hohe Kosten“ noch „falsch-niedrige Erlöse“ auf.
- Ebenso ist eine unkomplizierte vaginale Entbindung mit Fallkosten von 5.000 € infolge einer extrem niedrigen Auslastung des Kreißaals nicht „falsch-teuer“ in diesem Sinne.
- Wenn Patienten mit hochkomplexen und teuren Eingriffen trotz korrekter Verschlüsselung nur in einer „Misch-DRG“ zusammen mit deutlich weniger komplexen Fällen abgebildet werden und daraus eine Untervergütung resultiert, ist dies kein „falsch-niedriger Erlös“ im oben beschriebenen Sinne, sondern deutet möglicherweise auf eine noch bestehende Abbildungsschwäche des DRG-Systems hin.

Einen Spezialfall der vorgenannten Konstellation stellen die DRGs für die Stammzellspende und -gabe A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender [...]* und A15 *Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen [...]* dar: Aufgrund der in Kapitel 3.2.2.5 dargestellten Vorgehensweise bei der Zuordnung der Kosten für die Aufbereitung der Stammzellen können diese DRG jeweils sowohl Fälle mit als auch Fälle ohne Kosten der Aufbereitung beinhalten. Den hohen Kosten von Fällen mit bestimmten Aufbereitungsverfahren kann eine Vergütung allein über das aus diesem Mischbild ermittelte Relativgewicht nicht gerecht werden.

Hier ist Verbesserungsbedarf hinsichtlich Kalkulation und Klassifikation erkennbar, von „falsch-hohen“ Kosten im Sinne des Kapitels 3.1.3 kann typischerweise nicht ausgegangen werden.

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

3.1.8 Sonderfall: Fälle nach Rechnungsprüfungen

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

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

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

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

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

3.1.9 Dimension des Fehlers und Ausmaß der Unter- oder Überdeckung

Prinzipiell ist es durchaus möglich, dass ein bestimmter Fall zwei oder mehr Fehler der in den letzten Kapiteln beschriebenen Fehlertypen enthält, wobei sich diese hinsichtlich der Auswirkungen auf das Ausmaß der Über- oder Unterdeckung gegenseitig verstärken oder auch abschwächen können. Ob ein derartiger Fall in die weiteren Analysen Eingang findet, hängt vom Verhältnis der Fehlerdimensionen zueinander ebenso ab wie vom Verhältnis zum ermittelten Ausmaß der Unter- bzw. Überdeckung und kann letztlich nur nach Einzelanalyse entschieden werden.

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

- erklärt
- teilweise erklärt
- verschleiert oder
- teilweise verschleiert

wird. Die nachfolgende Matrix in Abbildung 18 gibt einen Überblick über das Zusammenspiel von Fehlermöglichkeiten und Auswirkungen auf Über- bzw. Unterdeckung.

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

Abbildung 18: Überblick über das Zusammenspiel von Fehlermöglichkeiten und Auswirkungen auf Über- bzw. Unterdeckung

Nachfolgend sei die in Abbildung 18 mit *** gekennzeichnete Konstellation exemplarisch erläutert.

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

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

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

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

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

3.2 Themenkomplexbezogene Prüfergebnisse

Wie in Kapitel 2.2.2.2 dargestellt, wurden bis zum 20. November 2014 in 1.443 Einzelfällen die Krankenhäuser dezidiert zu bestimmten themenbezogenen Auffälligkeiten in der Kostenkalkulation befragt und zu einer Erläuterung der Auffälligkeiten aufgefordert.

3.2.1 Rücklauf der Einzelnachfragen

Von den 1.443 Einzelnachfragen wurden 82,9% durch teils ausführliche Erläuterungen, Kostenaufstellungen, Rechnungsbelege oder Falldarstellungen beantwortet. Lediglich 17,1% der Nachfragen wurden bis zum Stichtag 20. November 2014 nicht beantwortet. Durch die Antworten konnten knapp 36,5% der angefragten Auffälligkeiten nachvollziehbar erklärt werden. In diesen Fällen waren daher die Über- bzw. Unterdeckungen nicht auf fehlerhafte Kosten oder Erlöse zurückzuführen und die Kalkulationen sachgerecht und nachvollziehbar. Eine Übersicht dazu gibt Tabelle 5.

Art	gesamt	
	Anzahl	Anteil
Fehler Kosten angegeben	342	23,7%
Fehler Erlöse angegeben	120	8,3%
Auffälligkeit erklärt	526	36,5%
Auffälligkeit teilweise erklärt	139	9,6%
Auffälligkeit nicht ausreichend erklärt	69	4,8%
<i>Summe beantwortete Fälle</i>	1.196	82,9%
Keine Antwort bis 20.11.2014	247	17,1%
Gesamtergebnis	1.443	100,0%

Tabelle 5: Ergebnisse der Einzelnachfragen; Anteile jeweils an den 1.443 Fällen

Nicht alle Fälle mit Fehler oder mangelnder Beantwortung wurden als Kostenausreißerfälle gelöscht. Wenn der Fehler oder die Auffälligkeit nur einen geringen Anteil an der Unter- oder Überdeckung hatte, beispielsweise weil zwar ein als Zusatzentgelt abrechenbares Medikament nicht abgerechnet wurde („falsch-niedriger Erlös“), dies jedoch nur einen geringen Anteil an der Unterdeckung hatte und die restliche Unterdeckung nachvollziehbar erklärt wurde, wurde der Fall weiterhin als Kostenausreißer berücksichtigt. Eine Übersicht über den jeweiligen Anteil der Löschungen gibt Tabelle 6.

Art	Kostenausreißerfälle gelöscht		Verbleibende Kostenausreißerfälle	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Fehler Kosten angegeben (342)	303	88,6%	39	11,4%
Fehler Erlöse angegeben (120)	64	53,3%	56	46,7%
Auffälligkeit erklärt (526)			526	100,0%
Auffälligkeit nicht erklärt (316*)	55	17,4%	261*	82,6%
Auffälligkeit teilweise erklärt (139)	105	75,5%	34	24,5%
Gesamtergebnis	527	36,5%	916	63,5%

Tabelle 6: Anteil der Löschungen aus Extremkostendaten; Anteile zeilenweise an der in Spalte 1 in Klammern angegebenen Summe

In Tabelle 6 ist zu berücksichtigen, dass die mit einem Stern (*) versehenen Zahlen die 247 Fälle enthalten, für die bis zum 20. November 2014 keine Antwort vom Krankenhaus beim InEK eingegangen ist. In knapp 23,7% der Fälle zeigten sich fehlerhafte, d.h. falsch hohe oder falsch niedrige Kosten (vgl. Tab. 5). Folgende Ursachen können dazu führen:

- Fehler in der Einzelkostenerfassung
Dies betrifft Kosten, die für Medikamente, Implantate oder medizinischen Sachbedarf fallbezogen zu erfassen und zu buchen sind. Fehlerhaft können folgende Konstellationen sein:
 - Buchung auf den falschen Fall (falsch-hohe Kosten für den einen und falsch-niedrige Kosten für den anderen Fall)
 - Leistung erfolgt, keine Kostenbuchung (falsch-niedrige Kosten)
 - Kostenbuchung ohne Leistung (falsch hohe Kosten)
 - Leistung erfolgt, aber andere Leistung erfasst (falsch-hohe / falsch-niedrige Kosten)
 - Leistung erfolgt und erfasst, aber mit falschen Kosten; z.B. falscher Einkaufspreis verwendet (falsch-hohe / falsch-niedrige Kosten)
- Fehler in der Kostenzuordnung
Diesen Fällen wurden Kosten der falschen Kostenstelle oder Kostenart zugeordnet oder Gemeinkosten mit einem fehlerhaften Verfahren verteilt. Dies kann sowohl zu falsch-hohen als auch zu falsch-niedrigen Kosten führen.
- Fehler bei der OP-Zeiterfassung
Über die OP-Zeiten (Schnitt-Naht-Zeit und Rüstzeit) sowie den Gleichzeitigkeitsfaktor (durchschnittliche Anzahl der an der OP beteiligten Personen der jeweiligen Berufsgruppe) werden die OP-Kosten auf die operierten Fälle verteilt. Fehler können resultieren aus:
 - Datumsfehler
OP-Beginn oder OP-Ende mit falschem Datum, z.B. OP über Mitternacht, aber gleiches Datum erfasst. Dadurch wird eine falsche Schnitt-Naht-Zeit angegeben. Einige, aber nicht alle Fälle fallen in der Plausibilitätsprüfung auf (z.B. bei negativen Zeiten) (meistens führen falsch-hohe Zeiten zu falsch-hohen Kosten, aber auch falsch-niedrige Zeiten/Kosten sind möglich).
 - Falsche Zeiten erfasst
Dies ist jedoch schwer zu plausibilisieren (falsch-hohe / falsch-niedrige Kosten).
 - Falscher Gleichzeitigkeitsfaktor
Beispielsweise während der OP abgelöstes oder nur vorübergehend zur Unterstützung eingesetztes Personal wird voll über die gesamte Zeit gezählt (meist falsch-hohe Zeiten/Kosten).
- Fehler bei der Dosis von Medikamenten
 - Kommafehler
z.B. 10,0 mg statt 1,00 mg
 - Einheitenfehler
z.B. 10 g statt 10 mg
(falsch-hohe / falsch-niedrige Kosten)
- Fehler bei der Gewichtung
Nach dem Kalkulationshandbuch werden bestimmte Gemeinkosten nach Gewichtungsmodellen auf die Patienten verteilt. Patientengruppen mit einem höheren Behandlungsaufwand werden durch eine höhere Gewichtung berücksichtigt. Beispielsweise werden auf der Intensivstation die Zeiten der Beat-

mung höher gewichtet als Zeiten der Intensivbehandlung ohne Beatmung. Fehler können sein:

- Gewichtung ohne Vorliegen des entsprechenden Kriteriums (falsch-hohe Kosten)
- Keine Gewichtung trotz Vorliegen des entsprechenden Kriteriums (falsch-niedrige Kosten)
- Fehlerhafter oder unplausibler Gewichtungsfaktor (falsch-hohe / falsch-niedrige Kosten)
- Fehler bei Beatmungsstunden
Die Intensivkosten werden u.a. durch eine Gewichtung der Beatmungsstunden auf die Fälle verteilt. Daher wirkt sich eine fehlerhafte Erfassung der Beatmung auf die Kosten aus (falsch-hohe / falsch-niedrige Kosten).
- Jahresüberlieger
Sofern das Krankenhaus angibt, Jahresüberlieger vollständig zu kalkulieren, und diese in der entsprechenden Plausibilitätsprüfung nicht auffällig sind, werden die Überlieger im Rahmen der Kalkulation berücksichtigt. Trotzdem können in Einzelfällen fehlerhafterweise Kosten des Vorjahres nicht vollständig erfasst worden sein (falsch-niedrige Kosten).

Die Aufteilung der jeweiligen Fehler an den 342 Fällen mit fehlerhaften Kosten zeigt Tabelle 7.

Fehler Kosten	342
Fehler Kostenerfassung	174
Fehler Kostenzuordnung	115
Fehler Zeiterfassung	22
Fehler Dosis	11
Fehler Gewichtung	11
Fehler Beatmungsstunden	1
Überlieger	8

Tabelle 7: Aufteilung der Fehler an den 342 Fällen mit fehlerhaften Kosten

Bei 8,3% der Fälle lag die Ursache der Auffälligkeiten in fehlerhaften Erlösen (vgl. Tab. 5). Hier zeigten sich folgende Ursachen:

- Fehler bei der Abrechnung
Trotz korrekter Kodierung und ggf. vorhandener Vereinbarung wurden abrechenbare Leistungen (z.B. zusatzentgeltrelevante Medikamente) nicht oder zu viel abgerechnet.
 - Abrechnung beim falschen Fall (falsch-hohe Erlöse für den einen und falsch-niedrige Erlöse für den anderen Fall)
 - Leistung erbracht, keine Abrechnung (falsch-niedrige Erlöse)
 - Abrechnung ohne Leistung (falsch-hohe Erlöse)
 - Leistung erfolgt, aber andere Leistung abgerechnet (falsch-hohe / falsch-niedrige Erlöse)

- Leistung erbracht und abgerechnet, aber mit einem nicht zur Leistung passenden Preis: z.B. 600 € nach § 5 Abs. 2 FPV für ein Krankenhausindividuell zu vereinbarendes Zusatzentgelt abgerechnet, obwohl eine Vereinbarung mit vereinbartem (höherem oder niedrigerem) Preis vorliegt (falsch-hohe / falsch-niedrige Erlöse)
- Fehler bei der Datenübermittlung
Leistung, Kodierung und Abrechnung sind korrekt und stimmen überein, aber bei der Übermittlung des §-21-Datensatzes wurden die Daten nicht vollständig übermittelt (falsch-hohe / falsch-niedrige Erlöse)
- Fehler bei der Kodierung
 - Kodierung beim falschen Fall (falsch-hohe Erlöse für den einen und falsch-niedrige Erlöse für den anderen Fall)
 - Leistung erfolgt, keine Kodierung (falsch-niedrige Erlöse)
 - Kodierung ohne Leistung (falsch hohe Erlöse)
 - Leistung erfolgt, aber andere Leistung kodiert (falsch-hohe / falsch-niedrige Erlöse)
- Krankenhausindividuell zu vereinbarendes Zusatzentgelt oder NUB-Entgelt ohne Vereinbarung oder keine Kostenübernahme aus anderen Gründen
Für die erbrachte und korrekt kodierte Leistung bestand zum Zeitpunkt der Abrechnung keine Vereinbarung, sodass das NUB nicht bzw. die zusatzentgeltrelevante Leistung mit 600 € abgerechnet wurde, oder die Leistungen wurden aus anderen Gründen nicht vergütet.

Die Aufteilung der jeweiligen Fehler an den 120 Fällen mit den fehlerhaften Erlösen zeigt Tabelle 8.

Fehler Erlöse	120
Fehler Abrechnung	31
Fehler Datenübermittlung	8
Kodierfehler	36
NUB ohne Vereinbarung	32
Zusatzentgelt ohne Vereinbarung	7
Keine Kostenübernahme	6

Tabelle 8: Aufteilung der Fehler an den 120 Fällen mit fehlerhaften Erlösen

Einige Antworten waren zu allgemein, zu ungenau oder gingen nicht auf die Fragestellung ein und konnten daher die Auffälligkeiten nicht oder nur teilweise erklären. Beispielsweise kann eine Antwort „Kosten sind korrekt“ auf eine differenzierte Fragestellung zur Erläuterung der Stationskosten die Kostenauffälligkeit nicht erklären und daher keinen Beitrag zur Analyse der Kostenausreißer leisten. Eine Übersicht über die nicht oder nur teilweise erklärten Auffälligkeiten gibt Tabelle 9.

Auffälligkeit nicht erklärt	316
Allgemeine unspezifische Antwort	30
Erläuterung nicht plausibel oder nachvollziehbar	27
Fragestellung nicht beantwortet	9
Keine Antwort eingegangen	247
Kostenaufstellung übermittelt ohne nachvollziehbare Erklärung der Auffälligkeit	3
Auffälligkeit teilweise erklärt	139
Allgemeine unspezifische Antwort	13
Erläuterung nicht umfassend plausibel oder nachvollziehbar	109
Kostenaufstellung übermittelt, aber nicht alle Auffälligkeiten erklärt	17

Tabelle 9: Aufteilung der Fehler an den 316 Fällen mit nicht erklärten Auffälligkeiten und den 139 Fällen mit teilweise erklärten Auffälligkeiten

In der Bewertung kann der Rücklauf auf die Einzelnachfragen im Rahmen des Extremkostenberichts sowohl hinsichtlich der hohen Rücklaufquote von 82,9% als auch hinsichtlich des Detaillierungsgrads der Beantwortung als sehr positiv angesehen werden. Aus den in dieser ersten Runde gewonnenen Erfahrungen lassen sich für zukünftige Analysen Erkenntnisse zur Verbesserung und Vereinfachung des Verfahrens ableiten. Beispielsweise kann durch Standardisierung der Fragestellungen der Aufwand sowohl für die Beantwortung durch die Krankenhäuser als auch für die Auswertung durch das InEK verringert werden.

3.2.2 Thematische Gliederung

Die durch die Einzelnachfragen erläuterten Fälle sowie die Fälle, bei denen die oben dargestellten Fehlerquellen lediglich einen geringen Anteil an der Kostenunter- bzw. -überdeckung haben, lassen sich in die folgenden Themengebiete gliedern. Dabei können Fälle von mehreren Themengebieten betroffen sein (vgl. Tab. 10).

Themengebiet	Anzahl Kostenausreißer
Intensivstation	182
Normalstation	111
OP/Anästhesie/Implantate	226
Neonatalogie	110
Kinderonkologie	50
Stammzellen	130
Medikamente	204
Sonstiges	101

Tabelle 10: Aufteilung der Kostenausreißer auf Themengebiete bei den Einzelnachfragen; Anzahl nicht gelöschter Fälle; Mehrfachnennungen möglich

Bei den genannten Fällen wurden im Rahmen der Einzelnachfrage die Kostenauffälligkeiten durch teils ausführliche und detaillierte Erläuterungen, Kostenaufstellungen oder Rechnungsnachweise weitgehend und nachvollziehbar erklärt. Diese Fälle sind für eine systematische Analyse der Ursachen für die Über- bzw. Unterdeckung geeignet, da deren erhebliche Abweichung zwischen Kosten und Erlösen nicht eindeutig oder überwiegend durch Fehler in der Kostenkalkulation oder bei den Erlösen zurückzuführen ist. Inhaltlich stellen sich die Ursachen wie in den folgenden Abschnitten erläutert dar.

3.2.2.1 Intensivmedizinische Behandlung

Wie in Kapitel 2.2.2.2 dargestellt, erfolgten in Bezug auf die Kosten der Intensivstation dezidierte Nachfragen bei den Kalkulationskrankenhäusern. Zur Veranschaulichung und zur Verdeutlichung des mit den Nachfragen verbundenen Aufwands für die Beantwortung durch die Kalkulationskrankenhäuser sowie die Auswertung durch das InEK wird in Abbildung 19 Frage und Antwort beispielhaft dargestellt:

Frage:

Bitte plausibilisieren und erläutern Sie, wie die hohen Kosten auf Intensivstation zustande kommen:

- (1) Bitte geben Sie an, auf welcher Intensivstation der Patient überwiegend gelegen hat (kurze Beschreibung der Station).
- (2) Wie viel gewichtete und ungewichtete Intensivstunden sind angefallen (inkl. Faktor der Gewichtung)?
- (3) Welche personelle Ausstattung hat die Station (Vollkräfte, Fachrichtung der Ärzte) und welche strukturellen Besonderheiten liegen vor (Auslastung, Anzahl Betten, durchschnittlicher Kostensatz je ungew. Intensivstunde)?
- (4) Bitte recherchieren Sie, wie viel Personal dieser Patient je Tag tatsächlich ungefähr gebunden hat. Bitte erklären Sie diese Personalbindung anhand des medizinischen Hintergrundes.

Antwort:

Die interdisziplinäre Intensivstation verfügt über X Betten und wird interdisziplinär belegt. Mit rund XX Berechnungstagen lag die Auslastung der Station bei ca. 66%. Insgesamt umfasst die personelle Ausstattung der Station 5,7 VK Ärztlicher Dienst und 24,7 VK Pflegedienst. Die fallbezogene Kostenzuordnung erfolgt analog zur Anlage 5 des Kalkulationshandbuchs für die Kostenartengruppen 1 – 6 über den Schlüssel gewichtete Intensivstunden, für die Kostenartengruppen 7 und 8 über einfache Intensivstunden. Der angefragte Fall hat einen Intensivaufenthalt mit insgesamt 44,79 Tagen bzw. 1.075 ungewichteten Intensivstunden. Der Fall wurde 804 h beatmet, was zu $1.075 - 804 = 271$ Stunden der Intensivbehandlung führt. Bei einem Gewichtungsfaktor von 1,85 für die Beatmungsstunden ergeben sich somit insgesamt $(1.075 - 804) + 804 * 1,85 = 1.758$ gewichtete Intensivstunden [...]

Abbildung 19: Beispiel für eine Nachfrage des InEK zur Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) und die korrespondierende Antwort des Krankenhauses

Sofern grundsätzlich eine korrekte Zuordnung bzw. Abgrenzung der Kosten der Intensivstation insgesamt vorliegt, stehen auffällig abweichende Werte bei den Kostensätzen im Bereich der Intensivstation vor allem im Zusammenhang mit der Gewichtung (unterschiedliche Verteilung der Kosten auf die intensivmedizinisch behandelten Patienten) oder sind durch die Auslastung (Anzahl der Tage, über die die Gesamtkosten verteilt werden) bedingt.

Gewichtung

Grundsätzlich sind gemäß Kapitel 6 des Kalkulationshandbuchs die Personalkosten sowie die Gemeinkosten der Arzneimittel und des medizinischen Sachbedarfs über gewichtete Intensivstunden zu verteilen. Im Kalkulationshandbuch sind dazu als Mindeststandard die Behandlungsintensitäten *Überwachung*, *Intensivbehandlung* und *Beatmung* angegeben. Als Beispiel werden folgende Gewichtungsfaktoren aufgeführt:

- Überwachungsstunden: 0,57
- Behandlungsstunden 1,00
- Beatmungsstunden 1,71

Die Gewichtungsfaktoren sind vom jeweiligen Krankenhaus individuell zu bestimmen. Weiterhin können gemäß Kapitel 7 des Kalkulationshandbuchs besondere Patientengruppen mit zu erwartendem besonders hohem Ressourcenverbrauch wie beispielsweise Patienten mit Organtransplantationen eine zusätzliche Gewichtung erhalten. Das bedeutet, dass z.B. die Kosten des Ärztlichen Dienstes nicht gleichmäßig nach den gewichteten Intensivstunden über alle Patienten mit und ohne Organtransplantation verteilt werden, sondern dass die transplantierten Patienten – ausgehend von der begründeten Annahme, dass für sie ein Mehraufwand an ärztlichen Leistungen erforderlich ist – aufgrund einer höheren Gewichtung auch mehr Kosten erhalten als nicht transplantierte Patienten.

Das Kalkulationshandbuch gibt lediglich als Minimum eine dreistufige Gewichtung der Intensivstunden vor. Das konkrete Gewichtungsmodell kann das Kalkulationskrankenhaus unter der Maßgabe, dass die Gewichtung „den mit der Leistungserstellung verbundenen Umfang des Personal- und Sachmitteleinsatzes widerspiegeln“ muss, frei wählen. Damit ist auch keine maximale Spreizung der gewichteten Stunden vorgegeben. In verschiedenen Fällen führte jedoch die Kumulation von Gewichtungen für verschiedene Kriterien zu sehr hohen Gewichtungsfaktoren und teilweise zu extremen Spreizungen zwischen niedrigster und höchster Gewichtung. Darüber hinaus konnte häufig beobachtet werden, dass bei nur tageweise vorliegenden Faktoren (z.B. ECMO-Therapie) diese für die gesamte Aufenthaltsdauer angesetzt wurden. Dadurch wurden Gewichtungsfaktoren für Tage angesetzt, an denen der Sachverhalt für die hohe Gewichtung gar nicht (mehr) vorlag. Damit haben im Ergebnis komplexe Leistungen an wenigen Tagen des Aufenthalts auf der Intensivstation die gesamte Kostenzuordnung des Behandlungsfalls determiniert. Im Unterschied zu der in Kapitel 2.2.2.2 beschriebenen Problematik der Erfassung von OP-Zeiten, die aus der Leistungsdokumentation des Falles hervorgeht, wird die Gewichtung des Falles für die Kostenzuordnung auf der Intensivstation erst „im Nachgang“ erzeugt. Durch die Gewichtung verursachte hohe Kosten im Einzelfall führen dazu, dass andere geringer gewichtete Fälle entsprechend weniger Kosten tragen.

Dies wird an einem stark vereinfachten Beispiel erläutert:

Auf einer Station seien 100.000 € Kosten für den Ärztlichen Dienst entstanden und Patienten an zusammengerechnet 20.000 Stunden versorgt worden. Ungewichtet ergäbe sich ein Kostensatz von 5 € pro Stunde. Wenn die Hälfte der Intensivstunden jedoch durch besonders aufwendige, beispielsweise transplantierte Patienten entstanden ist, die aufgrund von kumulierten Gewichtungen mit dem Faktor 5 gegenüber anderen Patienten bewertet würden, dann ergäbe sich ein Kostensatz von

$$\frac{100.000 \text{ €}}{10.000 \text{ Stunden} \times 5 + 10.000 \text{ Stunden} \times 1} = \frac{100.000 \text{ €}}{60.000 \text{ Stunden}} = 1,67 \text{ € pro Stunde}$$

Mit diesem Kostensatz würden jetzt den transplantierten Patienten $5 \times 1,67 \text{ €} = 8,35 \text{ €}$ pro Stunde zugerechnet, den nicht transplantierten Patienten jedoch nur 1,67 €.

Die durch eine hohe Gewichtung entstehenden Kosten können in entsprechenden Fällen durchaus den tatsächlichen Aufwandsunterschieden entsprechen und sind daher nicht von vorneherein falsch und auch nur schwer zu plausibilisieren. Allerdings können durch hohe Gewichtungsfaktoren auch Kalkulationsergebnisse entstehen, die mit dem tatsächlichen Leistungsumfang nicht mehr in Einklang zu bringen sind. Damit würden Einzelfälle mit sehr hohen Kosten und ggf. damit korrespondierenden Kostenunterdeckungen ausgewiesen, während den übrigen Fällen der Kostenstelle relativ gesehen zu niedrige Kosten zugebucht würden. Um jedoch eine durch Summierung von Gewichtungsfaktoren entstehende übergroße Spreizung der Gewichtungsfaktoren zukünftig zu verhindern, wird bezüglich der entsprechenden Vorgaben im Kalkulationshandbuch für die nächste Kalkulationsrunde eine Konkretisierung angestrebt.

Auslastung

Der andere wesentliche Parameter für die Höhe der Kostensätze ist die Auslastung, insbesondere bei Stationen mit besonderer Ausstattung bzw. hohen Vorhaltungskosten und damit per se relativ hohen Kostensätzen, wie speziellen Intensivstationen oder neonatologischen Einheiten.

Auch hier soll ein vereinfachtes Beispiel zur Verdeutlichung dienen:

Eine Intensivstation erbringt bei voller Auslastung 1.000 Pflage tage. Die Gesamtkosten der Station betragen 1,2 Mio. €, die durchschnittlichen Tageskosten der Station berechnen sich daher auf 1.200 €. Bei verringerter Auslastung mit nur 600 Pflage tagen hätte die gleiche Station durchschnittliche Tageskosten von 2.000 €. Insbesondere bei Intensivstationen besteht zudem eine Mindestbesetzungsproblematik, d.h. die Personalausstattung ist unabhängig von der Anzahl der Patienten zu gewährleisten (z.B. Vorhandensein eines Ärztlichen Dienstes ausschließlich für die Intensivstation über 24 Stunden).

Die erhöhten durchschnittlichen Kostensätze bzw. Tageskosten kumulieren über die Behandlungsdauer und führen dann insbesondere bei langen Aufenthalten zu auffälligen Kostenunterdeckungen. Ein Fall, der aufgrund der oben dargestellten Problematiken in der Kostenstellengruppe „Intensivstation“ 2.000 € Tageskosten im Vergleich zu 1.200 € durchschnittlichen Tageskosten in dieser DRG hat, weist nach 30 Tagen Intensivbehandlung eine Unterdeckung von 24.000 € auf.

3.2.2.2 Normalstation

Auch bei der Kostenstellengruppe „Normalstation“ erfolgten detaillierte Einzelnachfragen ähnlich den oben dargestellten Fragen zur Intensivstation. Auch hier sind abweichende Kostendeckungen in den meisten Fällen auf die oben dargestellten Sachverhalte Auslastung und Gewichtung zurückzuführen.

3.2.2.3 Operative Behandlung und Anästhesie

Nach Ausschluss von Kalkulationsfehlern beispielsweise aufgrund fehlerhafter Erfassung der Operationszeit oder falschem Gleichzeitigkeitsfaktor sowie unplausibel hohen Kostensätzen stellten sich hohe Kosten in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) meist aus folgenden Gründen dar:

Mehrfachoperationen bei schwerem Verlauf

Eine typische Ursache für hohe Kosten in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) sind schwerwiegende Krankheitsverläufe, die mehrfache und aufwendige Operationen erfordern. Bei gleichzeitiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung und Beatmung über längere Zeiträume wird die Zuordnung zur DRG in erster Linie durch die OPS-Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung bzw. durch die Anzahl der Beatmungsstunden bestimmt, wobei komplexe Operationen oder Mehrfacheingriffe die Eingruppierung mitbestimmen. Daher sind innerhalb der jeweiligen DRG auch komplexe Fälle im Rahmen der Streuung vielfach ausgeglichen.

Für noch nicht in dieser Weise abgebildete Fälle ist zu prüfen, wie sich die Fälle mit schweren und komplexen Verläufen und daraus resultierenden hohen Aufwänden im OP-Bereich auf die Krankenhäuser verteilen und inwieweit sich daraus weiterer Handlungsbedarf ergibt.

Implantatkosten

Eine weitere mögliche Ursache besonders hoher Kosten bei operativ behandelten Fällen sind überdurchschnittlich hohe Implantatkosten, die nicht über Zusatzentgelte oder NUB-Entgelte refinanziert werden. Während einzelne Implantate typischerweise regelhaft über die DRG abgebildet sind, der der Fall zugeordnet wird, ergibt sich in einigen Fällen die Notwendigkeit der Verwendung mehrerer Implantate. Dies kann entweder schon beim primären Eingriff oder im zeitlichen Verlauf z.B. bei Versagen von Implantaten der Fall sein. Teilweise sind derartige Konstellationen bereits über entsprechende DRG-Definitionen abgedeckt (etwa beim Gelenkersatz an mehreren Gelenken). Auch wenn keine spezifische Abbildung besteht, kann die Vergütung insgesamt sachgerecht sein, z.B. wenn sich die betreffenden hochteuren Fälle zufällig über verschiedene Krankenhäuser verteilen. In einem solchen Fall bestünde weder eine Unterdeckung noch die Notwendigkeit einer Änderung der DRG-Klassifikation.

Bei einer relevanten Zahl von Fällen mit besonders hohen Kosten, die im Rahmen der Extremkostenanalyse bei den Krankenhäusern nachgefragt wurden, lag eine Erkrankung der Mitralklappe vor, die mittels transvenös eingebrachten speziellen Clips behandelt wurde. Dieses Verfahren ist mit typischen Implantatkosten von deutlich über 10.000 € für den Clip verbunden und wird im G-DRG-System in der durch die entsprechenden Prozedurenkodes angesteuerten Basis-DRG F98 *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen [...] berücksichtigt*. Allerdings kann in Einzelfällen die Anforderung bestehen, mehr als einen der sehr teuren Clips verwenden zu müssen, so dass höhere Kosten vorliegen, als durch die Kalkulation durchschnittlich berücksichtigt sind.

In Zusammenhang mit einer möglichen weiteren Ausdifferenzierung des Entgeltsystems an dieser Stelle (etwa durch einen weiteren DRG-Split oder ein entsprechendes Zusatzentgelt für „mehr als ein Clip“) ist zu prüfen, ob

- allen Fällen mit Kosten für mehr als einen Clip auch die Versorgung mit mehreren Clips (und nicht eine Kalkulationsbesonderheit) zugrunde liegt,
- die Tatsache, dass bei einigen Fällen mehr als ein Clip benötigt wird, verschiedene Krankenhäuser in unterschiedlicher Weise betrifft (ob also eine „Schieflage“ besteht),
- die alleinige Tatsache, dass mehr als ein Clip verwendet wurde, sich als Definitionsmerkmal und damit abrechnungsrelevantes Merkmal eignet, auch unter Würdigung möglicher Anreizwirkungen.

Für die G-DRG-Version 2015 ergab sich aus der Analyse der Fälle mit mehr als einem Clip an der Mitralklappe noch keine eindeutige Notwendigkeit einer Anpassung. Insgesamt zeigt sich nach detaillierter Analyse der Leistungs- und Kostendaten, dass die Tatsache der Implantation mehrerer Clips eine sehr seltene Konstellation ist. Auffällig waren lediglich zwei Krankenhäuser. In einem waren für beinahe alle Fälle Kosten für zwei Clips gebucht, im anderen trat dies bei ca. 15% der Fälle auf. Nach Einzelfallrückfragen wurde vom ersten Haus ein systematischer Kalkulationsfehler eingeräumt, der fast durchweg zu einer Mehrfachbuchung (bei Einfachimplantation) geführt hatte. Vom zweiten Haus wurden die nachgefragten Fälle sämtlich mit der Information „Implantation mehrerer Mitralklips“ beantwortet. Diese Rückmeldung war im Rahmen der Extremkostenanalyse zu akzeptieren. Hinsichtlich der besonderen Häufung der Fälle in nur einem Haus stellt sich jedoch die Frage, ob und in welcher Form dies als „Schieflage“ im oben dargestellten Sinn zu werten ist:

Liegt im betreffenden Krankenhaus ein besonderer Fallmix (ein besonderes Patientenspektrum) vor, das schwerpunktmäßig dort – und nicht oder in viel geringerem Umfang in anderen Einrichtungen – behandelt wird?

oder

Wird bei einem vergleichbaren Fallmix anders behandelt?

Weder ist klar definiert, ob beide Konstellationen als „Schieflage“ zu betrachten sind, noch können die Fragen anhand der vorliegenden Daten beantwortet werden. Was eine sachgerechte Vergütung für das in bestimmten Fällen durchgeführte Einbringen eines weiteren Clips ist, ist aus Sicht des InEK derzeit eine offene Frage.

Honorarkosten

Weiterhin nutzen viele Kliniken seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 1. Januar 2007 zunehmend nicht fest angestellte Ärzte insbesondere für spezialisierte operative Leistungen. Bei eindeutigem Fall- und Leistungsbezug der Honorarrechnung des externen Mitarbeiters und Buchung auf der Kostenstelle „OP“ können dort je nach Vergütungsvereinbarung zwischen Honorararzt und Krankenhaus erhöhte Kosten entstehen. Je nach Konstellation werden die entsprechenden Kosten nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs entweder in der Kostenartengruppe 1 (Personalkosten des Ärztlichen Dienstes) oder aber in der Kostenartengruppe 6b (Einzelkosten medizinischer Bedarf) abgebildet.

3.2.2.4 Neonatologie

Strukturvorgaben

Für neonatologische Einrichtungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss je nach Versorgungsstufe dezidierte Qualitäts- und Strukturvorgaben beschlossen. Diese verlangen für die neonatologischen Stationen eine hohe technische sowie hinsichtlich Qualifikation und Anzahl hohe personelle Ausstattung im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Dadurch entstehen bereits durch die zwingend erforderliche Vorhaltung hohe Kosten(sätze).

Auslastung

Die Belegung der Neonatologie unterliegt regelhaft hohen Schwankungen. Einerseits muss die Neonatologie in der Lage sein, auch in Spitzenzeiten frühgeborene Kinder aufzunehmen und adäquat zu versorgen, andererseits existieren Phasen, in denen nur wenige Kinder versorgt werden müssen. Aus diesen Gründen werden die durch die Strukturvorgaben bereits erhöhten Kosten nochmals durch die Auslastungsproblematik beeinflusst. Entsprechend finden sich in den analysierten Daten sehr starke Schwankungen in den Kosten der Neonatologie.

3.2.2.5 Knochenmarktransplantation und Stammzelltransfusion

Patienten, die eine Knochenmarktransplantation oder Stammzelltransfusion erhalten, standen aus mehreren Gründen im Fokus der Extremkostenanalyse. Zum einen weisen diese Patienten aufgrund der Schwere der Grunderkrankungen und der Komplexität der Behandlung oft hohe Kosten auf, vielfach auch in den hier detailliert dargestellten Bereichen Intensivstation und Medikamente. Zum anderen sind spezifische Besonderheiten der Kalkulation zu beachten, die mit der Stammzellentnahme und einer möglichen Aufbereitung der entnommenen Stammzellen verbunden sind.

Zunächst ist zwischen **autogener** Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion (Basis-DRG A15 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen*, Spender und Empfänger sind dieselbe Person) einerseits und **allogener** Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion (Basis-DRG A04 *Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene*, Spender und Empfänger sind unterschiedliche Personen) andererseits zu unterscheiden.

Somit liegen bei einer allogenen Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion bei stationärer Erbringung stets mindestens zwei Krankenhausfälle („Entnahmefall“ und „Transplantationsfall“) vor. Bei der autogenen Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion ist dies möglich, aber nicht zwingend (die Entnahme kann in einem separaten Aufenthalt erfolgen oder im gleichen Aufenthalt vor der Transplantation/Transfusion). Eigenständige Entnahmefälle sind in separaten, spezifischen DRG abgebildet (A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender*, grundsätzlich können auch die unbewerteten DRG Z41Z *Knochenmarkentnahme bei Eigenspender*, Z42Z *Stammzellentnahme bei Fremdspender* und Z43Z *Knochenmarkentnahme bei Fremdspender* zur Abrechnung gelangen, die jedoch aufgrund der individuell zu vereinbarenden Vergütung nicht in die Kosten-Erlös-Analyse einbezogen sind). Grundsätzlich können Entnahmefall und Transplantationsfall auch in unterschiedlichen Krankenhäusern behandelt werden.

Nach der Entnahme und vor der Transfusion durchlaufen die entnommenen Zellen typischerweise einen Prozess, der als Aufbereitung bezeichnet wird. Diese Aufbereitung zeichnet sich durch hohe, jedoch je nach Verfahren (z.B. „Positivanreicherung“, „T- und B-Zell-Depletion“, „Erythrozytendepletion“) sehr unterschiedliche Kosten aus. Zudem sind in bestimmten Fällen mehrere Aufbereitungen erforderlich. Für die Analyse der Kostenausreißer sind in diesem Zusammenhang die entscheidenden Fragen:

1. Kann die durchgeführte Leistung im §-21-Datensatz sicher erkannt werden?
2. Sind die zugeordneten Kosten der Aufbereitung korrekt?
3. Welchem Fall wurden die Kosten der Aufbereitung zugeordnet?

Im Datenjahr 2013 waren die durchgeführten Leistungen gemäß OPS-Version 2013 zu verschlüsseln. Die Art der Aufbereitung kann kodiert werden, kann sich aber auch auf

den Entnahmefall beziehen („die *In-vitro-Aufbereitung ist von der Klinik gesondert zu kodieren, bei der der Aufwand [...] entstanden ist*“). Im §-21-Datensatz des Transplantationsfalles ist hingegen mitunter nur erkennbar, dass eine Aufbereitung erfolgt ist (der Kode beschreibt „*Transplantation [...] nach In-vitro-Aufbereitung*“), aber nicht, in welcher Art.

Hingegen sind die Kosten der Aufbereitung nach Kalkulationshandbuch vielfach nicht dem Entnahme-, sondern dem Transplantationsfall zuzuordnen:

- Beim Eigenspender immer, sofern im Anschluss eine Gabe erfolgte
- Beim Fremdspender ebenso, es sei denn, die Spende wird in einem anderen Krankenhaus entnommen und von diesem nicht dem transplantierenden Haus in Rechnung gestellt

Aus der unterschiedlichen – und nicht anhand eines Leistungskodes beim Empfänger zu plausibilisierenden – Höhe der Kosten für die Aufbereitung können sich erhebliche Kostenschwankungen ergeben.

Gleiches gilt für die dargestellten Besonderheiten bei der Zuordnung der Aufbereitungskosten, die konkret dazu führen, dass die Basis-DRG A15 *Knochenmarktransplantation/ Stammzelltransfusion, autogen* und A42 *Stammzellentnahme bei Eigenspender* sowohl Fälle mit als auch Fälle ohne Aufbereitungskosten enthalten können, sodass diese DRGs keinen eindeutig definierten ökonomischen Inhalt haben und somit auch keine den unterschiedlichen Fällen stets gerecht werdenden Relativgewichte aufweisen können. Sowohl die Leistungsinhalte der Aufbereitung als auch die Vorgehensweise bei der Kalkulation waren im Einzelfall Gegenstand der Rückfragen an die Häuser.

3.2.2.6 Kinderonkologie

Kinderonkologische Fälle zeigen auffällige Kosten meist in den Bereichen der Stationskosten oder der Stammzellenaufbereitung. Daher gelten für sie die unter diesen Themenbereichen gemachten Erläuterungen.

Insbesondere im Bereich der besonders lange behandelten Patienten zeigen sich jedoch Unterschiede in den Kosten zwischen den behandelten Kindern und Erwachsenen. Dies wird bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems über Alterssplits in DRGs berücksichtigt, die nicht nur oder nicht unbedingt Kostenunterschiede bei den Inliern darstellen, sondern insbesondere die unterschiedlichen Grenzverweildauern und Kosten bei den Langliegern abbilden sollen.

3.2.2.7 Medikamente

Langandauernde Behandlung bei schweren Verläufen

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

Selbst bei vielen teuren Medikamenten (beispielsweise bestimmten Antibiotika) ist diese Vorgehensweise nach den Erfahrungen des InEK überwiegend als sachgerecht anzusehen, da entweder diese Medikamente nur einen verhältnismäßig geringen Anteil bei bereits aus anderen Gründen sehr teuren DRGs ausmachen oder keine Schieflage im

Sinne einer deutlich unterschiedlichen Verteilung über verschiedene Krankenhäuser besteht.

Am bereits genannten Beispiel bestimmter Antibiotika bedeutet dies, dass

- typische Fälle überwiegend über die DRG-Relativgewichte sachgerecht finanziert sind,
- Fälle mit besonders hohen Kosten für diese Substanzen oft in DRGs auftreten, in denen entweder sehr hohe Antibiotika-Kosten nicht untypisch sind oder die aus anderen Gründen so hohe Kosten (und Erlöse) pro Tag aufweisen, dass zusätzliche Kosten für Antibiotika nicht außerhalb der typischen Kostenstreuung liegen, und
- viele der betroffenen DRGs eine weitgehend zufällige Verteilung über die Krankenhäuser aufweisen, die Gabe der entsprechenden Substanzen somit keine spezifische Leistung bestimmter Krankenhäuser darstellt.

Daher wurde und wird keine Notwendigkeit gesehen, für eine Vielzahl von Antibiotika entsprechende allgemeingültige Zusatzentgelte zu etablieren, da insgesamt eine sachgerechte Vergütung im DRG-System besteht.

In der vorliegenden Extremkostenanalyse konnten jedoch einzelne Fälle identifiziert werden, für die eine substanzielle Kostenunterdeckung aufgrund extrem hoher Medikamentenkosten auch für Antibiotika besteht. Dies gilt beispielsweise für Fälle mit sehr schweren Verläufen bei Sepsis mit extrem hohen Gesamtdosen teurer und nicht als Zusatzentgelt abgebildeter Medikamente, z.B. bei sehr langen Aufenthaltsdauern, oft auch bei Kombinationstherapien und/oder notwendigem Wechsel der Präparate. Daher kumulieren die Kosten in einem Maße, das die Streuung der durchschnittlichen Medikamentenkosten deutlich überschreitet. Dies gilt insbesondere dann, wenn trotz des schweren Verlaufs noch keine der höchstbewerteten DRGs (z.B. für die *intensivmedizinische Komplexbehandlung*) angesteuert wird.

Aus den Antworten der Einzelnachfragen ergeben sich Hinweise darauf, dass die Patienten mit solchen schweren Verläufen zwischen den Krankenhäusern ungleich verteilt sein können. Der zukünftigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems fällt daher die Aufgabe zu, für bestimmte Fälle einen Lösungsansatz für die kumulierenden Medikamentenkosten bei langandauernder Behandlung und schweren Verläufen zu finden. Allerdings ist nicht zu erwarten, dass die Etablierung allgemeingültiger, lediglich wirkstoffspezifischer Zusatzentgelte mit typischer Einstiegsschwelle hier eine befriedigende Lösung darstellen wird, da die Gesamtauswirkungen der direkten Erlösverschiebungen durch neue Zusatzentgelte, der notwendigen Kostenbereinigung der DRG-Relativgewichte sowie der Folgewirkungen umsatzstarker neuer Zusatzentgelte auf die Bezugsgröße aller Erfahrung nach keinesfalls spezifisch den wenigen Kostenausreißerfällen zugute kommen würden.

Besondere Konstellationen am Beispiel Defibrotide

Eine besondere Konstellation im Zusammenhang mit NUB-Leistungen sei am Beispiel der Substanz Defibrotide dargestellt. Die Substanz wird im Rahmen von Stammzellentransfusionen zur Vorbeugung einer spezifischen schweren Komplikation eingesetzt. Bei einer mittleren Therapiedauer von 21 Tagen betragen die Kosten während eines Aufenthalts typischerweise zwischen 16.800 und 27.300 €.

Defibrotide hat als NUB 2013 vom InEK den Status 1 erhalten, d.h. die Substanz erfüllt die Bedingungen der NUB-Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner. Für NUB-Leistungen mit Status 1 ist die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG möglich. Die anfragenden Krankenhäuser konnten also prin-

ziell für Defibrotide ein krankenhausesindividuelles NUB-Entgelt mit den Krankenkassen verhandeln. Allerdings lag die Indikation im Rahmen der Stammzelltransplantation bis 2013 außerhalb der Zulassung. Die arzneimittelrechtliche Zulassung für diese Indikation erfolgte erst am 18. Oktober 2013. Aus diesem Grund war nach Angabe vieler Häuser eine Vereinbarung als NUB zunächst nicht möglich.

Aufgrund der Erfahrungen aus der Extremkostenanalyse im Bereich Medikamente müssen ggf. grundsätzliche Vorgehensweisen im Umgang mit kumulierenden Medikamentenkosten und dem NUB-Verfahren diskutiert werden.

3.2.2.8 Sonstige Behandlungsfälle mit erheblicher Kostenunterdeckung

Über die genannten Themen hinaus wurden Fälle mit erheblicher Kostenunterdeckung analysiert und bei Auffälligkeiten bei den Häusern eine Begründung erbeten. Im Wesentlichen wurden dabei Fälle mit Auffälligkeiten in den Kostenstellengruppen „Labor“, „Radiologie“ oder „Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche“ nachgefragt, die durch besondere Leistungen im Einzelfall begründet wurden. Im Einzelnen sind dies beispielsweise aufwendige oder sehr häufige Konsiliarleistungen, schwere Krankheitsverläufe mit aufwendigen Laborleistungen (z.B. Retransplantation), sonstige besondere Laborleistungen bei speziellen Krankheitsbildern, spezielle Kathetersysteme, Mietaufwendungen z.B. für Spezialbetten und ähnliche spezielle Einzelleistungen.

3.2.2.9 Ergebnis der Einzelnachfragen zu besonders stark unterdeckten Fällen

Wie dargestellt, lag der Schwerpunkt der Einzelfallnachfragen auf Fällen mit besonders hohen Beträgen der Unterdeckung. Insgesamt wiesen in der Analysemenge 1.179 Fälle eine Unterdeckung von mindestens 35.000 € auf. Diese Fälle wurden überwiegend einzeln geprüft und mit einer oder mehreren konkreten Fragestellungen an die Krankenhäuser übermittelt. Für einen Großteil dieser Fälle konnten die nachgefragten Sachverhalte so aufgeklärt werden.

Wenn festgestellte Auffälligkeiten vom Krankenhaus auf erklärte Kalkulationsfehler zurückgeführt werden konnten und diese Fehler nach Art und Dimension für den Betrag der Unterdeckung vollständig oder überwiegend ursächlich waren, wurden die Fälle aus der Analysemenge der Extremkosten ausgeschlossen.

Gerade bei den besonders stark unterdeckten Fällen betraf dies einen relevanten Anteil der nachgefragten Fälle, wie Tabelle 11 illustriert:

Fälle mit Unterdeckung von mindestens 35.000 €	Fallzahl	Summe Unterdeckung	Unterdeckung pro Fall
Insgesamt bei Krankenhaus nachgefragt	1.175	-66.104.912 €	-56.259 €
Davon gelöscht, da als Kalkulationsfehler erklärt	351	-23.577.393 €	-67.172 €

Tabelle 11: Kostenunterdeckung für Fälle mit mind. 35.000 € Unterdeckung

Wie in Kapitel 3.1.10 dargestellt, wurden Fälle, bei denen die identifizierten Fehler nur zum Teil für die Unterdeckung verantwortlich waren, nicht aus der Analyse ausgeschlossen. Sie verblieben also trotz überschätzter Unterdeckung in der betrachteten Fallmenge für die Analyse der Kostenausreißer.

3.3 Überarbeitung der G-DRG-Klassifikation für 2015

3.3.1 Übersicht

Bei vielen Konstellationen, die sich nach eingehender Analyse als echte Extremkostensituationen mit Unter- oder Überdeckung erwiesen, ist eine Verbesserung der Abbildung im G-DRG-System möglich oder zumindest grundsätzlich denkbar. Solche Lösungen innerhalb des pauschalierten Entgeltsystems erhalten nach Möglichkeit den Vorzug gegenüber der Etablierung zusätzlicher Entgelte oder von Ausnahmetatbeständen. Auch die Etablierung neuer Zusatzentgelte für dafür geeignete Leistungen ist dabei als verbesserte Abbildung innerhalb des Entgeltsystems zu werten. Die Arbeiten zum Extremkostenbericht für 2015 haben die Analysen im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems intensiviert und methodisch beeinflusst.

Eine Analyse von Kostenausreißerfällen wird im Rahmen der jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bereits seit Jahren durchgeführt. Dabei wird gezielt nach Fällen gesucht, die entweder durch eine erhebliche absolute Höhe ihrer Fallkosten auffallen oder die eine erhebliche Unterdeckung in ihrer Kosten-Erlös-Struktur aufweisen. Diese Konstellationen sind zumeist sehr selten und finden sich häufig auch nur bei wenigen Leistungserbringern. Trotzdem bietet auch ein pauschalierendes Entgeltsystem zahlreiche Möglichkeiten, um derartig aufwendige Fälle innerhalb der Klassifikation sachgerecht abzubilden, beispielsweise durch

- Zuordnung zu existierenden oder Etablierung neuer DRGs
- Ergänzung bestehender DRGs um Fälle mit ähnlichen Kosten
- Konsekutive Aufwertung komplexer Fälle durch Bereinigung existierender DRGs um weniger komplexe Fälle
- Etablierung neuer oder Veränderung bestehender Zusatzentgelte, für die entweder differenzierte Beträge ausgewiesen werden oder krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG verhandelt werden können

Dabei werden im Rahmen der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation als „Kostenausreißerfall“ nicht ausschließlich solche Fälle gewertet, die gemäß den in Kapitel 1.3.2 beschriebenen Verteilungsfunktionen auffällig sind, sondern allgemeiner Fälle, die sich in erheblichem Maße gemessen an der bisherigen Eingruppierung (aber ebenfalls unter Berücksichtigung von Zusatzentgelten und NUB-Entgelten) als untervergütet zeigen. Hier steht also stärker der Deckungsbegriff im Vordergrund.

Mitunter werden für die sachgerechte Abbildung dieser Fälle bestehende Maßstäbe nicht so eng gefasst wie bei Umbauten für vergleichsweise weniger komplexe Fälle. So müssen für die Kalkulation von DRGs und Zusatzentgelten üblicherweise eine bestimmte Anzahl von Krankenhäusern die abzubildende Leistung erbringen und zudem normalerweise eine vorgegebene Mindestanzahl betroffener Fälle vorliegen, auch um gegenüber kalkulatorischen Ausreißern weniger anfällig zu sein. Von diesen Vorgaben wird im Rahmen der Analyse von Kostenausreißerfällen mitunter bewusst abgewichen. Die vorliegenden Fälle sind im Einzelnen plausibilisiert und die vorliegenden Kostendaten häu-

fig im direkten Dialog mit den Leistungserbringern verifiziert, sodass eine Kalkulation neuer DRGs oder Zusatzentgelte mittels vorliegender Daten möglich gemacht wird oder zumindest – als typische Form der Anpassung der Klassifikation bei sehr kleinen Fallzahlen – die Zuordnung der entsprechenden Leistungen zu existierenden DRGs, die hinsichtlich Kosten- und Verweildauerprofil geeignet sind.

Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ist – auch und insbesondere im Extremkostenbereich – auf externe Hinweise und Informationen angewiesen. Gerade Innovationen können in Ermangelung einer spezifischen Kodierung häufig noch gar nicht in den Kalkulationsdaten vorliegen bzw. sachgerecht kalkuliert und abgebildet werden. Für diese Neuerungen wurde nach § 6 Abs. 2 KHEntgG das sogenannte NUB-Verfahren etabliert, das den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit gibt, auf ein Jahr befristete Vergütungen für noch nicht über Fallpauschalen oder Zusatzentgelte abrechenbare neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu vereinbaren. Diese Innovationen können dann ggf. später oder in den nachfolgenden Jahren – nach der Etablierung geeigneter Leistungsbezeichner – über eine Vergütung per krankenhausindividuellem Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG oder als bewertetes Zusatzentgelt Eingang in den Fallpauschalen-Katalog finden.

Eine wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang auch das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverstandes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“. Neben dem Auffinden von Kostenausreißerfällen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser liefern häufig Hinweise aus diesem auch als „Strukturierter Dialog“ bezeichneten Prozess entscheidende Informationen für die Identifizierung derartiger Konstellationen und sind damit für die Systementwicklung von eminenter Bedeutung.

In den vergangenen Jahren hat dieser Prozess es ermöglicht, die Abbildung verschiedener Extremkostenfälle im DRG-Algorithmus zu verbessern. Auch im Rahmen der diesjährigen Kalkulation wurden wieder zahlreiche Analysen zur Thematik der Extremkosten durchgeführt. Dabei lag der Schwerpunkt auf der Abbildung von aufwendig intensivmedizinisch behandelten Patienten, die an zahlreichen Stellen des G-DRG-Systems bezüglich einer sachgerechten Vergütung bessergestellt wurden. Darüber hinaus wurden an vielen weiteren Punkten des Algorithmus Anpassungen und Detaillösungen vorgenommen, die ebenfalls nachfolgend dargestellt werden.

3.3.2 Intensivmedizin

In den letzten Jahren wurde die Abbildung intensivmedizinischer Fälle im G-DRG-System insbesondere in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC anhand diverser Faktoren sehr präzise ausdifferenziert. Neben der Anzahl der Beatmungsstunden stehen hier vor allem die Aufwandspunkte nach TISS/SAPS (Therapeutic Intervention Scoring System / Simplified Acute Physiology Score) im Vordergrund, die zusammen mit Haupt- und Nebendiagnosen, Operationen und Alter für die Zuweisung zu einer DRG verantwortlich sind. In die Berechnung dieser Punktwerte gehen bestimmte medizinische Parameter (z.B. Herzfrequenz, systolischer Blutdruck, Körpertemperatur, verschiedene Laborwerte), aber auch verschiedene Variablen wie das Alter oder das Vorhandensein gewisser chronischer Leiden oder die Durchführung bestimmter, oft intensivmedizinischer Leistungen ein. Die Aufwandspunkte werden über die Verweildauer im Krankenhaus summiert und sorgen als *intensivmedizinische Komplexbehandlung im Erwachsenen- oder Kindesalter* für eine präzise Abbildung innerhalb dieser Fallpauschalen. Von herausra-

gender Bedeutung sind diese Komplexbehandlungen für die sachgerechte Abbildung von Intensivpatienten ohne Langzeitbeatmung.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat in Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachgesellschaften für die Verschlüsselung besonders komplexer intensivmedizinischer Fälle im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) für das Jahr 2013 neue Prozeduren für die *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* etabliert. Dieser sogenannte „Super-SAPS“ stellt nochmals höhere Anforderungen an die apparative und personelle Ausstattung der Leistungserbringer. So müssen beispielsweise Verfahren wie apparative Beatmung, nicht invasives und invasives Monitoring, kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren, bestimmte radiologische Diagnostik, interventionelle Kardiologie sowie Endoskopie jederzeit verfügbar sein. Weiterhin müssen verschiedene medizinische Fachgebiete innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste verfügbar sein, ebenso wie Laborleistungen oder eine Blutbank. Leistungen der Physiotherapie müssen an allen Wochentagen zur Verfügung stehen.

Erste Analysen dieser Leistungen – die in diesem Jahr erstmalig in den Kalkulationsdaten des Jahres 2013 als spezifische OPS-Kodes vorlagen – zeigten, dass die neuen Prozedurenkodes bei weniger Fällen genutzt wurden, als auf Grundlage der bisherigen Kodierung und der bekannten Ausstattung der Kalkulationskrankenhäuser zu erwarten war. Diese niedrige Verschlüsselungsquote war aus zweierlei Gründen verwunderlich: einerseits weil die entsprechenden Codes bei durchgängiger Verschlüsselung zumindest mittelfristig Erlösrelevanz erwarten ließen, andererseits weil diese Prozeduren insbesondere im Hinblick auf Krankenhäuser der Maximalversorgung etabliert wurden. Da sich aus dieser fehlenden durchgängigen Verschlüsselung zwangsläufig kalkulatorische Probleme ergeben hätten, mussten zunächst bei den Häusern, von denen eine Erbringung dieser Leistung eigentlich zu erwarten gewesen wäre, die Gründe für die geringe OPS-Erfassungsquote erfragt werden. Weiterhin war zu erfragen, ob eine Kodierung für das Datenjahr 2014 inzwischen etabliert ist bzw. für das Jahr 2015 vorgesehen ist. Um eine realistische Einschätzung der Auswirkung auf die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems vornehmen zu können, wurde im Rahmen einer gesonderten Abfrage versucht, die Gründe für die geringe Kodierquote zu ermitteln. Dazu wurden nicht nur Krankenhäuser aus der Kalkulationsstichprobe, sondern zusätzlich Maximal- und Schwerpunktversorger, die nicht an der Kalkulation teilnehmen, aber entsprechende strukturelle Voraussetzungen erwarten ließen, befragt. Die Antworten ergaben, dass auch für einige große Kliniken tatsächlich das Fehlen der nötigen strukturellen Voraussetzungen im Krankenhaus bzw. auf einzelnen Intensivstationen der Grund für die fehlende Verschlüsselung der neuen Prozeduren war. Insbesondere Leistungen der Physiotherapie wurden im Jahr 2013 auch in einigen größeren Häusern an den Wochenenden nicht durchgängig erbracht. Darüber hinaus zeigten sich auch Erfassungslücken bei der Kodierung. Bei diesen Fällen wurden durch das InEK als Konsequenz die fälschlicherweise verwendeten Prozeduren für die („normale“) *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* durch die entsprechenden Codes für die *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* ersetzt. Somit war auch eine Abschätzung des Umfangs der Kodierung in den §-21-Daten möglich.

Zunächst wurde die Definition aller bislang über SAPS-Punkte definierten DRGs um die Prozeduren für die *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* ergänzt. Anschließend wurden, basierend auf den ergänzten Kalkulationsdaten, alle intensivmedizinischen DRGs umfassend untersucht. Dadurch konnten für jede dieser Fallpauschalen individuell angepasste Grenzwerte für den „Super-SAPS“ definiert werden.

Im Bereich der Prä-MDC gelang dies im Einzelnen innerhalb folgender Basis-DRGs:

- A06 *Beatmung* > 1799 *Stunden*
- A07 *Beatmung* > 999 *Stunden* oder [...]
- A09 *Beatmung* > 499 *Stunden* oder [...]
- A11 *Beatmung* > 249 *Stunden* oder [...]
- A13 *Beatmung* > 95 *Stunden*, ohne [...]

Hier wurden die Bedingungen der einzelnen DRGs um die individuellen Punktwerte für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung erweitert, sodass mitunter eine DRG über drei verschiedene Grenzwerte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung und die „normale“ intensivmedizinische Komplexbehandlung definiert ist.

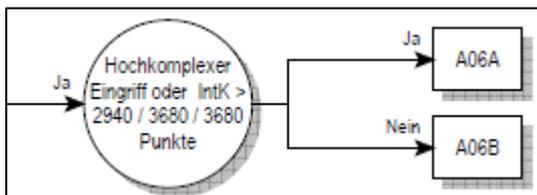


Abbildung 20: DRG A06A *Beatmung* > 1799 *Stunden*, definiert über unterschiedliche Grenzwerte

Die angegebenen Punktwerte (vgl. Abb. 20) für die intensivmedizinische Komplexbehandlung sind grundsätzlich von links nach rechts die Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (OPS 8-98d.*), für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98f.*) und für die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Erwachsenenalter (OPS 8-980.*).

Am deutlichsten lässt sich der Umfang der intensivmedizinischen Umbauten am Beispiel der Basis-DRG A09 *Beatmung* > 499 *Stunden* [...] illustrieren, wo allein an acht Stellen die neuen Prozeduren für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung für 2015 erstmals höhergruppierend wirken (siehe Abb. 21).

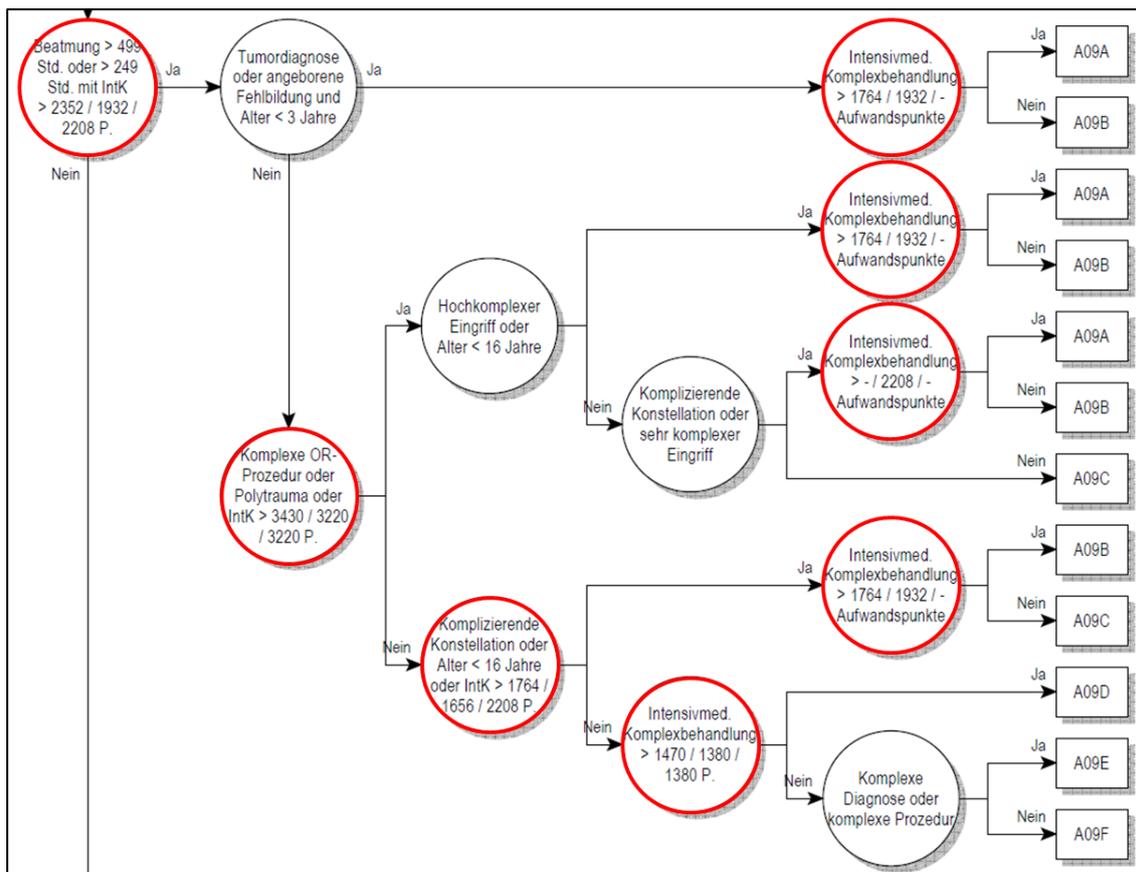


Abbildung 21: Individuelle Grenzwerte für intensivmedizinische Komplexbehandlung in der Basis-DRG A09
Beatmung > 499 Stunden oder ...

Die Analysen der intensivmedizinischen Fälle beschränkten sich nicht auf die Prä-MDC. Ebenso wurden die in spezifischen DRGs anderer MDCs abgebildeten Fälle untersucht und auch hier individuelle Wertgrenzen ermittelt. In den MDCs 05, 06 und 07 wurden neue Fallpauschalen etabliert, die den höheren Aufwand der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung gegenüber der „normalen“ intensivmedizinischen Komplexbehandlung widerspiegeln:

- F36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur*
- G36A *Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*
- H36A *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte*

Grundsätzlich zeigte sich, dass der geforderte höhere strukturelle Aufwand der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung in der Regel auch mit erheblich höheren Kosten einherging. Änderungen im G-DRG-System wurden jedoch nur an Stellen vorgenommen, wo sich bereits in den Daten des ersten Erfassungsjahres 2013 deutliche Kostenunterschiede auf die neuen Prozeduren zurückführen ließen. Auch in weiteren Bereichen, wie z.B. bei Transplantationen von Organen oder Stammzellen, lagen Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung vor. Beispielsweise in

der Basis-DRG A18 *Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion* erlaubte die Datenlage aus 2013 noch keine Nutzung als Kostentrenner, bei zunehmend vollständiger Kodierung ist aber auch hier eine verbesserte Abbildung aller Voraussicht nach in Zukunft möglich.

3.3.3 Weitere klassifikatorische Umbauten

Neben dem dominierenden Thema Intensivmedizin wurden im Rahmen der diesjährigen Kalkulation im gesamten G-DRG-System Fälle mit auffällig hohen Kosten untersucht und an diversen Stellen Verbesserungen in der Abbildung – typischerweise in Form einer Aufwertung – vorgenommen. Diesen Verbesserungen steht ein Vielfaches an Analysen gegenüber, die aus verschiedenen Gründen letztendlich nicht zu einer konkreten Veränderung der G-DRG-Klassifikation für 2015 führten. Zum einen lagen – trotz der wie dargestellt weniger strengen Kriterien bei der Integration von Extremkostenfällen – die entsprechenden Fälle nicht immer in einer für die Kalkulation benötigten Fallzahl vor, zum anderen konnten – wenn ausreichend Fälle vorhanden waren – die erwarteten höheren Kosten in den Daten nicht immer nachgewiesen werden. Sollte eine Umsetzung aufgrund der Datenlage nicht möglich sein, so werden insbesondere bei einer vermuteten Schiefelage (verschiedene Krankenhäuser sind in unterschiedlichem Ausmaß betroffen) die entsprechenden Analysen in den Folgejahren erneut durchgeführt. Die diesjährigen Umbauten – in Tabelle 12 als Übersicht dargestellt – werden im Anschluss in der Reihenfolge der betroffenen MDCs näher erläutert.

MDC	MDC Text	Umbauten im Bereich Extremkosten
Prä	Prä-MDC	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Resektion von Unter- bzw. Oberkiefer und aufwendige Rekonstruktion
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	<ul style="list-style-type: none"> • Zweizeitige Embolisation und Resektion eines Tumors am Glomus caroticum in einem Aufenthalt
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Atypische Lungenresektionen – Keilresektionen und E nukleationen ab 10 Keilen/ Läsionen
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Minimalinvasive Eingriffe an mehreren Herzklappen • Endovaskuläre Trikuspidalklappenrekonstruktion • Herzklappenersatz mit selbst- oder ballonexpandierendem Xenotransplantat • Entfernung einer Schrittmachersonde mit intraluminalen expandierenden Extraktionshilfen

MDC	MDC Text	Umbauten im Bereich Extremkosten
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Rektumresektion bei Vorliegen eines Mangels an Gerinnungsfaktoren • Rektumexstirpation mit zusätzlicher Defektdeckung bei tiefsitzendem Rektumkarzinom • Darminfektion durch Zytomegalieviren • Enterokolitis durch Clostridium difficile • Telemetrische Kapselendoskopie des Dünndarms
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe	<ul style="list-style-type: none"> • Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen • Resektion von Unter- bzw. Oberkiefer mit aufwendiger Rekonstruktion • Nephrektomie • Temporäre Epiphyseodese an der Tibia und am Femur im selben Aufenthalt • Entfernung einer Endoprothese an Knie- oder Hüftgelenk mit Neuimplantation zu einem späteren Zeitpunkt im selben Aufenthalt
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	<ul style="list-style-type: none"> • Partielle Resektion der Mamma mit tumoradaptierter Reduktionsplastik oder gestielter Fernlappenplastik
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Invasive komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung • partielle Adrenalektomie
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Totale Kolpektomie
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	<ul style="list-style-type: none"> • Hysterektomie, Korrektur einer inversio uteri sowie Nephrektomie bei Sectio caesarea
17	Hämatologische und solide Neubildungen	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese
22	Verbrennungen	<ul style="list-style-type: none"> • Transplantation von Spalthaut vor allem bei Verbrennungen und Verätzungen dritten Grades

Tabelle 12: Weitere Umbauten im Bereich Extremkosten

Die **MDC 01** vereint Fälle mit Krankheiten und Störungen des Nervensystems. In dieser Hauptdiagnosegruppe finden sich viele hochkomplexe neurochirurgische Operationen. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens wurden Hinweise auf eine mögliche Untervergü-

tung von Patienten vorgetragen, bei denen in einem Aufenthalt ein Tumor am Glomus caroticum zunächst embolisiert und anschließend reseziert wird. Die zweizeitige operative Versorgung dieser stark vaskularisierten Malformationen – im ersten Schritt erfolgt eine angiologische oder neuroradiologische Embolisation des Tumors, im zweiten Schritt dann die eigentliche Resektion – ist eine seltene und hoch spezialisierte chirurgische Leistung. Diesem hohen Aufwand trägt das G-DRG-System 2015 durch Abbildung in der DRG B04B *Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...] oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen [...]* Rechnung. Die im Vorjahr in den DRGs B04C, B20E und B20F abgebildeten Fälle sind im G-DRG-System 2015 vergütungstechnisch deutlich bessergestellt (vgl. Abbildung 22).

G-DRG-Version 2014		
Fallpauschalen-Katalog		
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen		
DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC	1,647
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigemineuralgie	2,454
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigemineuralgie	1,885

G-DRG-Version 2015		
Fallpauschalen-Katalog		
Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen		
DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC	3,086

Abbildung 22: Zweizeitige Embolisation und Resektion eines Tumors am Glomus caroticum im G-DRG-System 2014/2015

Fälle mit einer Resektion von Unter- bzw. Oberkiefer und aufwendiger Rekonstruktion werden innerhalb der **MDC 03 Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses** sachgerecht abgebildet. In bestimmten Fällen allerdings – wie bei komplizierten Verläufen mit Beatmung oder mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich der Erkrankungen von Muskel-Skelett-System und Bindegewebe – war die Abbildung nicht ausreichend differenziert. Diese seltenen Konstellationen wurden innerhalb der Beatmungs-DRGs A11 und A13 aufgewertet. Auch in der MDC 08 gelang eine spezifische Abbildung dieser Fälle mit Resektion der Mandibula bzw. Maxilla und Rekonstruktion durch ein mikrovaskulär anastomosiertes Transplantat in der DRG I15A *Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel [...]*.

Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane werden im G-DRG-System in der **MDC 04** zusammengefasst. Hier vereint die Basis-DRG E06 Fälle mit anderen Lungenresektionen, Biopsien an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum. Analysen ergaben deutliche Kostenunterschiede sowohl bei atypischen Lungenresektionen per Eukleation ab 10 Läsionen als auch bei bestimmten Prozeduren für atypische Lungenresektionen per Keilresektion ab 10 Keilen, sodass diese Fälle innerhalb der Basis-DRG E06 aufgewertet wurden.

In der **MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems** finden sich viele hochkomplexe kardiothorakale Eingriffe und Interventionen. Im Rahmen der diesjährigen Extremkostenanalyse wurden dementsprechend mehrere seltene aufwendige Leistungen identifiziert und in der Folge aufgewertet. Während Fälle mit komplexen minimalinvasiven Operationen an Herzklappen in der gleichnamigen Basis-DRG F98 sachgerecht abgebildet sind, waren derartige Eingriffe an mehreren Herzklappen durchweg mit höheren Kosten assoziiert. Da insgesamt nur sehr wenige Fälle in den Kalkulationsdaten vorlagen, wurde keine neue DRG etabliert, sondern dieser Erkenntnis mittels einer Verschiebung dieser hochspeziellen Leistungen durch Abbildung in der „sachfremden“, aber ökonomisch passenden DRG F36B *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems [...] oder minimalinvasiver Eingriff an mehreren Herzklappen* Rechnung getragen. Fälle in der Basis-DRG F03 *Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine* wiesen bei der Implantation oder einem Wechsel einer Herzklappe mit einem bestimmten selbst- oder ballonexpandierenden Xenotransplantat höhere Kosten auf, wenn zusätzlich ein weiterer Herzklappen- oder koronarchirurgischer Eingriff vorgenommen wurde. Diese komplexen Konstellationen wurden innerhalb der Basis-DRG F03 aufgewertet. Als isolierter Eingriff waren diese Verfahren bereits im Vorjahr entsprechend sachgerecht abgebildet worden.

Bislang wurden Fälle mit endovaskulärer Trikuspidalklappenrekonstruktion im Gegensatz zu den anderen endovaskulären Herzklappenrekonstruktionen in der Basis-DRG F19 *Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen* abgebildet. Im G-DRG-System 2015 werden nun alle endovaskulären Herzklappenrekonstruktionen einheitlich in die Basis-DRG F98 *Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen* eingruppiert, was eine Aufwertung für Fälle mit einer solchen Rekonstruktion der Trikuspidalklappe bedeutet. In der Basis-DRG F12 *Implantation eines Herzschrittmachers* wurden Fälle mit einer Sondenentfernung mittels intraluminarer expandierender Extraktionshilfen bessergestellt.

Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane werden in der **MDC 06** zusammengefasst. Fälle mit Koloskopien finden sich hier in der Basis-DRG G48, die u.a. anhand der Diagnosen für bestimmte Darminfektionen differenziert ist. Derartige Infektionen – ausgelöst durch unterschiedliche Erreger – können den stationären Aufenthalt verkomplizieren. Nach externen Hinweisen konnte der vermutete erhöhte Aufwand bei durch Zytomegalieviren verursachten komplizierten Krankheitsverläufen nachvollzogen werden. Diese Fälle werden zukünftig in der DRG G48A abgebildet und damit aufgewertet (vgl. Abb. 23).

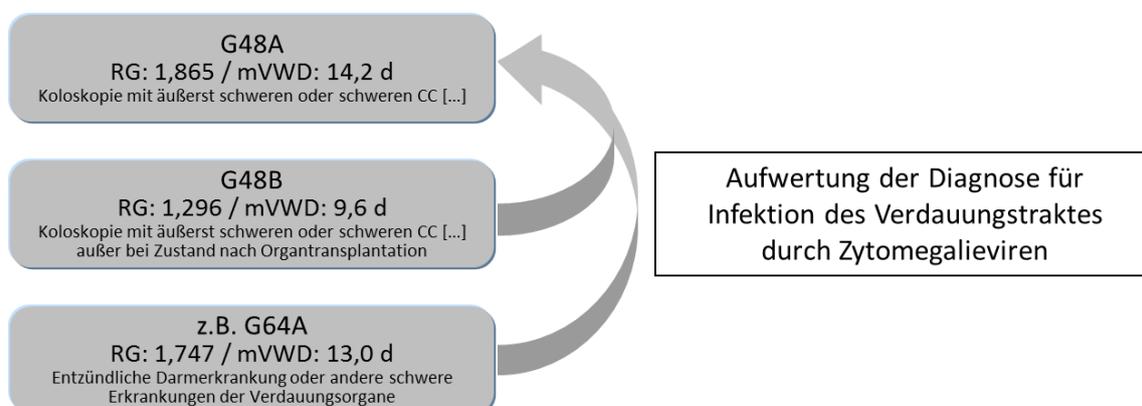


Abbildung 23: Aufwertung von Fällen mit Infektion durch Zytomegalieviren innerhalb der MDC 06

Die Basis-DRG G48 *Koloskopie [...]* beinhaltet im G-DRG-System 2015 auch Fälle mit telemetrischer Kapselendoskopie des Dünndarms, die durch eine Verschiebung der entsprechenden Prozedur aus geringer vergüteten DRGs ebenfalls aufgewertet wurden. Häufig werden ohnehin aufwendige Operationen durch bestimmte Diagnosen zusätzlich verkompliziert. Die Suche nach Kostenausreißerfällen in der MDC 06 zeigte, dass ein Mangel an Gerinnungsfaktoren bei viszeralchirurgischen Eingriffen oft mit höheren Kosten verbunden ist, und dies nicht allein aufgrund der zum Teil erforderlichen Gabe von Gerinnungsfaktoren (die überwiegend als Zusatzentgelte separat vergütet werden), sondern z.B. auch aufgrund abweichender Verweildauer oder Intensivzeiten. Fälle mit Rektumresektion und dem gleichzeitigen Vorliegen einer schweren Gerinnungsstörung wurden innerhalb der Basis-DRG G16 *Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose* aufgewertet.

Externe Hinweise deuteten auf eine mögliche Untervergütung einer weiteren hochspeziellen und extrem aufwendigen Leistung hin: Bei Patienten mit tiefsitzendem Rektumkarzinom wird nach der Rektumexstirpation unter Umständen eine zusätzliche Defektdeckung mittels eines sogenannten Vertical Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap (VRAM-Lappen) durchgeführt. Die Analyse dieses Verfahrens ermöglichte eine Aufwertung der beschriebenen Fälle innerhalb der Basis-DRG G16.

Die **MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe** ist mit über 100 operativen DRGs sehr gut ausdifferenziert. Dennoch finden sich auch hier in jedem Jahr seltene, extrem aufwendige Fallkonstellationen, die noch nicht sachgerecht abgebildet sind. Die Kalkulationsdaten des Jahres 2013 ermöglichten es z.B. erstmals, Fälle mit der Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen zu analysieren. Dieser Eingriff wird überwiegend bei Kindern mit schwersten Deformitäten der Wirbelsäule im Wachstumsalter durchgeführt. Diese Leistung, die bislang mit dem NUB-Status 1 versehen und über NUB-Entgelte vergütet wurde, ist nun ab einer Verwendung von zwei Implantaten in der DRG I06A *Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule* abgebildet und damit den Prozeduren für die Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen (VEPTR) gleichgestellt. Dieser Umbau bedeutet für die beschriebenen Fälle eine – je nach bisheriger Abbildung erhebliche – Erhöhung des Erlöses und wird der Komplexität dieser seltenen Konstellationen gerecht (vgl. Abb. 24).

G-DRG-Version 2014

Fallpauschalen-Katalog

Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung	6,835
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Ingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Ingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Ingr., mit best. Kyphopl., m. best. Ingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS	4,522
I10D	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an d. Wirbelsäule, ohne intervertebralem Cage 1 Seg., ohne best. Spinalkanalstenose, ohne Bandscheibenschäden	1,436

G-DRG-Version 2015

Fallpauschalen-Katalog

Teil a) Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen

DRG	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	8,775

Abbildung 24: Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen – G-DRG 2014 / 2015

Aufwendige Fälle mit temporärer Epiphysiodese an der Tibia und am Femur im selben Aufenthalt wurden innerhalb der Basis-DRG I13 *Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk* aufgewertet.

Komplexe Eingriffe aus dem Bereich der Endoprothetik werden in jedem Jahr auf mögliche Extremkostenfälle untersucht. Die seltene Konstellation, dass zunächst eine Endoprothese entfernt und zu einem späteren Zeitpunkt im selben Aufenthalt wieder eine Prothese implantiert wird, konnte im Rahmen der diesjährigen Kalkulation aufgewertet werden. Diese Fälle mit Knieprothesen werden nun in der Basis-DRG I43 *Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk*, Fälle mit Hüftendoprothesen in der Basis-DRG I03 *Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes* [...] abgebildet.

Problematisch ist zuweilen die Abbildung von Konstellationen, bei denen die bestehende Symptomatik einen für die Hauptdiagnose des Falles eher untypischen Eingriff erforderlich macht. In der DRG I27A *Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen* werden derartige atypische Fälle mit Nephrektomie in der MDC 08 nun sachgerecht abgebildet.

In der **MDC 09** *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* wurden nach externen Hinweisen die hochaufwendigen partiellen Resektionen der Mamma mit Defektdeckung durch tumoradaptierte Reduktionsplastik oder durch gestielte Fernlappenplastik in die DRG J23Z *Große Eingriffe an der Mamma* [...] verschoben und dadurch aufgewertet.

Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dem Bereich *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* sind in der gleichlautenden **MDC 10** abgebildet. Die DRG K09B *Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* [...] mit *komplexem Eingriff* ist über eine sehr umfangreiche Liste verschiedener Prozeduren definiert. Im Rahmen der Extremkostenanalyse wurde diese Liste um die Codes für partielle Adrenalectomie erweitert, da die entsprechenden Fälle hohe Kosten aufwiesen. Nach externen Hinweisen wurden Fälle mit einer invasiven komplexen endokrinologischen Funktionsuntersuchung analysiert. Diese Prozedur setzt per definitionem eine

kontinuierliche ärztliche Überwachung in Notfallbereitschaft oder einen Zeitaufwand von mehr als sechs Stunden voraus. Die entsprechenden Fälle wiesen höhere Kosten auf und wurden innerhalb der Basis-DRG K64 *Endokrinopathien* aufgewertet.

In der **MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett** ist die Basis-DRG 001 *Sec-tio caesarea [...]* anhand verschiedener Attribute, wie beispielsweise Schwangerschaftsdauer, bestimmten Diagnosen und PCCL, mittlerweile achtfach differenziert. Nach Analyse dieser Basis-DRG konnten trotz geringer Fallzahl nun Fälle mit Hysterektomie, Korrektur einer inversio uteri oder Nephrektomie innerhalb der bestehenden Strukturen aufgewertet werden.

Typische Fälle mit Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese sind in der MDC 08 abgebildet und dort sachgerecht vergütet. Einzelfälle fanden sich jedoch auch in den operativen DRGs der **MDC 17 Hämatologische und solide Neubildungen** und wurden dort gleich an mehreren Stellen des DRG-Algorithmus bessergestellt.

Fälle mit Verbrennungen werden in der **MDC 22** abgebildet, bestimmte Verbrennungen mit Hauttransplantation in der Basis-DRG Y02. Auf Basis eines externen Hinweises wurden Fälle mit Transplantation von Spalthaut u.a. bei Verbrennungen und Verätzungen dritten Grades von 10–19% der Körperoberfläche innerhalb dieser Basis-DRG deutlich aufgewertet.

3.3.4 Zusatzentgelte

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

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

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

Die Zusatzentgelte werden in operative und interventionelle Verfahren, die Gabe von Blutprodukten oder Medikamenten sowie besondere Behandlungsformen unterteilt. Besondere Behandlungsformen in diesem Sinne sind *Palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE60), *Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen* (ZE130) und *von Kleinkindern oder Kindern und Jugendlichen* (ZE131), *Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung* (ZE145) (jeweils mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte) sowie *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE2015-26), *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE2013-36) und *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE2015-40) (jeweils unbewertete Zusatzentgelte).

Dabei blieb die Methodik zur Berechnung in den vergangenen Jahren unverändert. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten Kostendaten und ergänzenden Fallinformationen dienen als Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Alle Kostendatensätze mit entsprechenden Leistungen wurden um die auf diese Leistungen entfallenden Kostenanteile korrigiert, um eine doppelte Vergütung über Fallpauschale und Zusatzentgelt auszuschließen. Tabelle 13 gibt Aufschluss über die Anzahl der mit einem Vergütungsbetrag bewerteten Zusatzentgelte sowie der krankenhausindividuell zu verhandelnden Zusatzentgelte in den Fallpauschalen-Katalogen für 2014 und 2015.

	G-DRG-System 2014	G-DRG-System 2015
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	35	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	56	56
Besondere Behandlungsformen	4	4
Krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	34	37
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	27	33
Besondere Behandlungsformen	3	3
Gesamt	159	170

Tabelle 13: Vergleich der Anzahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2014 und 2015

Die neuen Zusatzentgelte im G-DRG-System 2015 sind durchweg im Extremkostenbereich angesiedelt. Bei den Verfahren wurde beispielsweise das bestehende ZE133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever- oder Stentretreiver-Systems* differenziert (vgl. Abb. 25). In diesem Zusatzentgelt wurden bislang zwei unterschiedliche Verfahren zusammengefasst. Die Prozeduren für die Verwendung von Stentretreiver-Systemen zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung wurden neu in den OPS Version 2013 aufgenommen. Aus diesem Grund konnten die entsprechenden Fälle in den Kalkulationsdaten des Jahres 2011 noch nicht analysiert und bewertet werden. Um bereits eine Teilabbildung im G-DRG-System 2013 zu ermöglichen, wurde für dieses kostenintensive Verfahren das Zusatzentgelt ZE133 *Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems* um die neu etablierten Prozedurenkodes für Stentretreiver-Systeme erweitert. Darüber hinaus hat das *Stentretreiver-System bei akutem Schlaganfall* im durchgeführten NUB-Verfahren den Status 4 erhalten, wodurch für Häuser, die eine diesbezügliche Anfrage gestellt haben, eine Verhandlung der etwaigen Differenzkosten zum Zusatzentgelt 133 mit den Kostenträgern grundsätzlich möglich war. Mit dem erstmaligen Vorliegen der spezifischen Prozedurenkodes in den Kalkulationsdaten des Jahres 2013 konnte diese Leistung für 2015 untersucht werden. Die Daten aus 2013 bestätigten, dass die Verwendung von Stentretreiver-Systemen mit deutlich höheren Kosten verbunden ist als die Nutzung von Mikrodrahtretriever-Systemen.

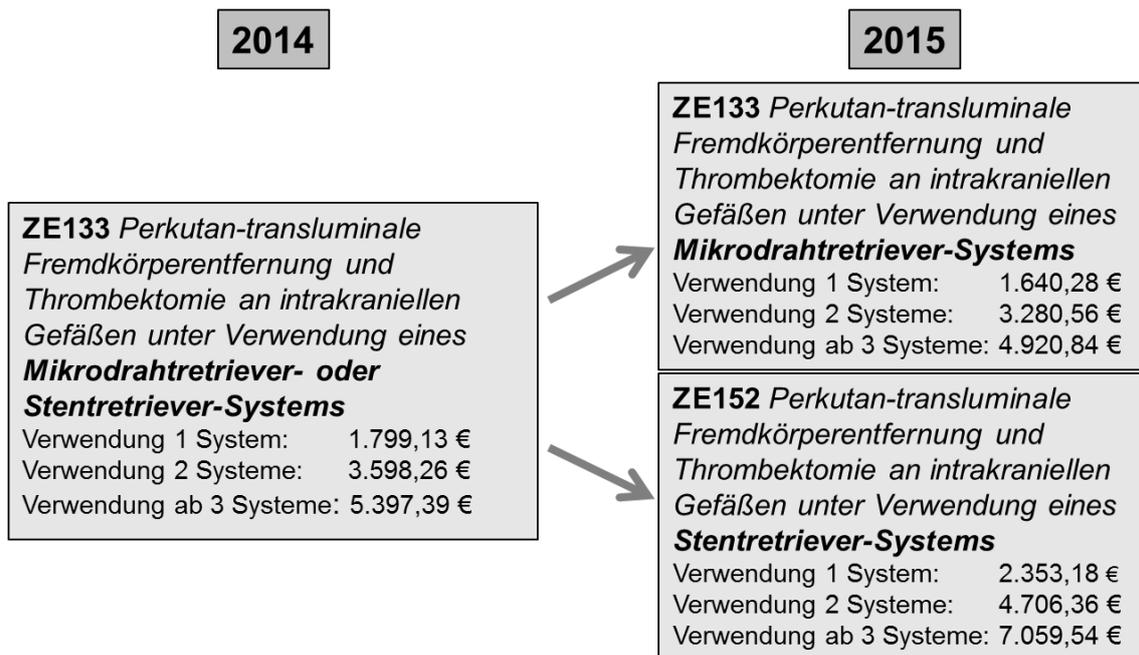


Abbildung 25: Differenzierung des Zusatzentgelts 133 im G-DRG-System 2015

Neben dem bewerteten differenzierten Zusatzentgelt ZE133 wurden zudem drei neue unbewertete Zusatzentgelte in den Fallpauschalen-Katalog 2015 aufgenommen: *Medikamente-freisetzende bioresorbierbare Koronarstents*, *Implantation einer Irisprothese* und *Dialyse mit High-Cut-off-Dialysemembran*. Durch diese Abbildung im G-DRG-System besteht nun die Möglichkeit, für diese Leistungen individuelle Preise mit den Kostenträgern zu verhandeln.

Der Fallpauschalen-Katalog wurde zudem um zwei neue Zusatzentgelte für Medikamente erweitert. *Mifamurtid*, ein Arzneimittel für die Behandlung von Osteosarkomen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, sowie das Zytostatikum *Decitabine* wurden als ZE2015-101 und ZE2015-102 in die entsprechende Anlage aufgenommen. Obwohl beide Medikamente die Zusatzentgeltdefinition erfüllen, ließen die vorliegenden Daten eine Bewertung mit einem Entgeltbetrag noch nicht zu. Die Aufnahme in die Anlage der unbewerteten Zusatzentgelte stellt eine sachgerechte Vergütung dieser sehr kostenintensiven Leistungen dennoch sicher.

Die Gabe von Thrombozyten- und Apherese-Thrombozytenkonzentraten ist (oberhalb einer Einstiegsschwelle) bereits seit dem Jahr 2005 ununterbrochen als bewertetes Zusatzentgelt im Fallpauschalen-Katalog aufgelistet. Im OPS Version 2014 wurden nun neue, spezifische OPS-Kodes für pathogeninaktivierte Konzentrate etabliert. Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren ließen auf deutlich höhere Kosten dieser Leistung im Vergleich zu herkömmlichen Konzentraten schließen. Im Rahmen einer ergänzenden Datenabfrage wurde versucht, die tatsächlichen Kosten dieser Leistung den entsprechenden Fällen zuzuordnen, doch weder die Anzahl der gelieferten Fälle noch die der erbringenden Kalkulationskrankenhäuser war für die Kalkulation eines gesonderten Zusatzentgelts für pathogeninaktivierte Konzentrate ausreichend. Somit bleibt diese Leistung bis zur erneuten Kalkulation im kommenden Jahr – dann auf Basis regulärer Kalkulationsdaten – weiter unter den bestehenden Zusatzentgelten subsumiert.

Gerinnungsfaktoren haben im G-DRG-System einen Sonderstatus inne, da sich hier allein die Arzneimittelkosten pro Fall auf mehrere Hunderttausend € summieren können. Diese Beträge stellen das einzelne Krankenhaus vor hohe, finanzielle Risiken, da

nicht vorhersehbar ist, ob und in welcher Größenordnung derartige Patienten im jeweiligen Budgetjahr behandelt werden müssen.

Seit dem Jahr 2013 existieren bundeseinheitliche Definitionen für zwei verschiedene, durch Kombinationen bestimmter Prozeduren- und Diagnosekodes definierte Zusatzentgelte für Blutgerinnungsstörungen. Für Fälle mit angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen kann das extrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-97 *Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren* abgerechnet werden. Das intrabudgetäre unbewertete Zusatzentgelt ZE20XX-98 *Gabe von Blutgerinnungsfaktoren* deckt Fälle mit anderen oder temporären Blutgerinnungsstörungen ab. Für das intrabudgetäre Zusatzentgelt existiert für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Kosten ein Schwellenwert von 9.500 €, nach dessen Überschreiten der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren anfallende Kostenbetrag abrechenbar ist.

Als problematisch erwies sich im Verlauf der diesjährigen Kalkulation, dass der ICD-10-GM für bestimmte Gerinnungsstörungen beim Neugeborenen eine zusätzliche Verschlüsselung bestimmter Codes aus dem Kapitel für Koagulopathien, Purpura und sonstige hämorrhagische Diathesen ausschließt. Somit konnte im G-DRG-System 2014 im Einzelfall für Neugeborene mit bestimmten Gerinnungsstörungen und einer Gabe von Gerinnungsfaktoren bei korrekter Kodierung keines der beiden genannten Zusatzentgelte abgerechnet werden. Nach einem Beschluss der Selbstverwaltungspartner werden nun ab dem G-DRG-System 2015 im Sinne einer Gleichbehandlung bestimmte neonatologische Diagnosen den entsprechenden Zusatzentgelten des Fallpauschalen-Katalogs zugeordnet.

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

3.4 Analyse der Kostenausreißer

Die in Kapitel 2.1.2 ausführlich beschriebene Vorgehensweise zur Bestimmung der Verteilungsfunktionen und der damit korrespondierenden Grenzwerte für die Lower- und Upper-Kostenausreißer wurde im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems jedes Mal durchgeführt, wenn eine Korrekturlieferung von §-21-Datensätzen erfolgte, Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge herausgenommen oder Klassifikationsänderungen vorgenommen wurden. Die endgültige Datenmenge für die Erstellung des Extremkostenberichts ergab sich durch die Berücksichtigung sämtlicher Datenmengenänderungen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie der Rückmeldungen zu nachgefragten Kostenausreißern bis zum 20. November 2014.

3.4.1 Übersicht über die Verteilungszuordnung

Nach Abschluss der Arbeiten zur Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015 im August 2014 fand eine letztmalige Datenannahme zur Analyse am 20. November 2014 statt, welche die nach August weiter eingegangenen Rückmeldungen der Krankenhäuser berücksichtigte und die Auswertungsgrundlage bzw. die „endgültige“ Datenmenge für den vorliegenden Extremkostenbericht darstellt.

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

Abbildung 26 zeigt die Verteilungszuordnung gemäß dem kleinsten quadratischen Abstand für die bereinigten Kosten. Der überwiegende Teil der DRGs (619 von 1.149, entspricht 54%) wird am besten von einer Log-Normalverteilung beschrieben.

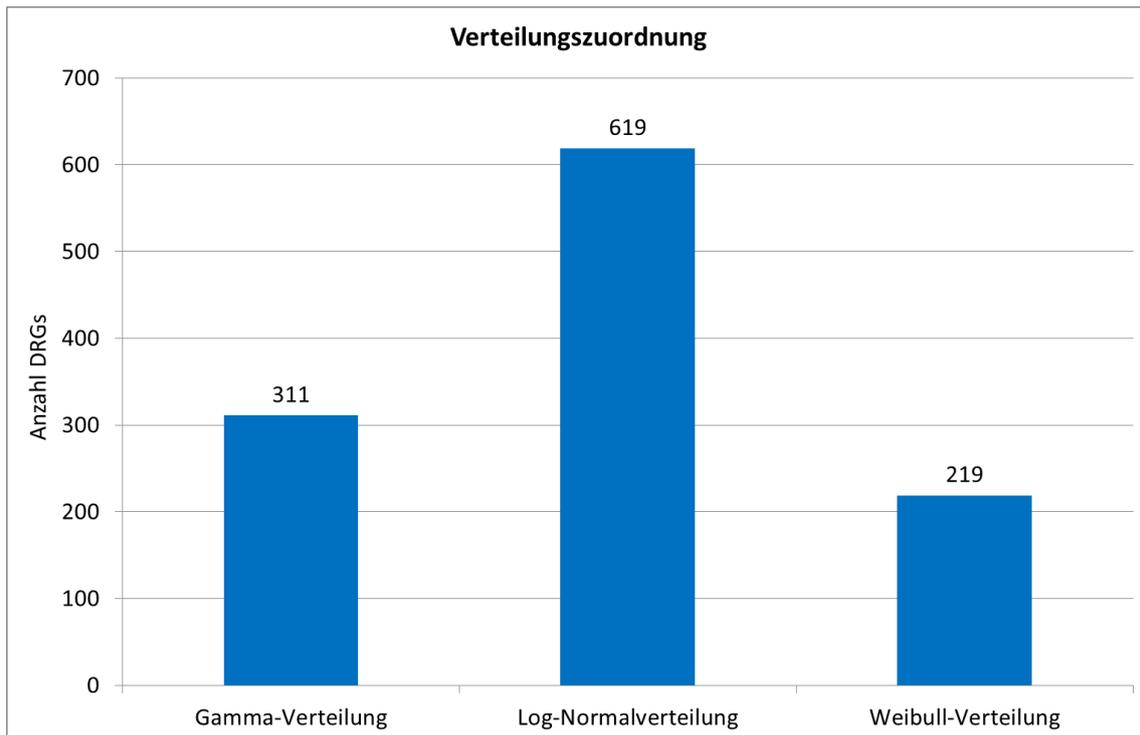


Abbildung 26: Verteilungszuordnung für die bereinigten Fallkosten

Der Anteil an der Gamma-Verteilung zugeordneten DRGs ist für die bereinigten Kosten mit 311 von 1.149 (27%) höher als der Anteil an der Weibull-Verteilung zugeordneten DRGs (19%).

3.4.2 Kategorisierung der Leistungen

Für die Analysen stehen 1.149 DRGs aus 247 Krankenhäusern zur Verfügung. Die Betrachtung einer einzelnen DRG über alle Krankenhäuser hinweg oder einer einzelnen DRG auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses gestaltet sich schwierig. Insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Extremkostenbericht erstmals erstellt wurde und mögliche Anhaltspunkte für die Beratungen in der Selbstverwaltung zur Verbesserung der Vergütungsgerechtigkeit liefern soll, ist eine zu feingliedrige Analyse nicht zielführend. Aus Sicht des InEK ist eine thematische Schwerpunktsetzung für die Analyse und Diskussion der Ergebnisse hilfreicher, um die Thematik zu strukturieren und differenzierte Analysen für den Extremkostenbericht erstellen zu können. Als Einstieg werden für den ersten Extremkostenbericht zunächst für die thematische Schwer-

punktsetzung auf Basis der 1.149 analysierten DRGs Leistungsgruppen definiert, die im Folgenden detailliert vorgestellt werden.

3.4.2.1 Allgemeine Versorgungsleistungen

Die in dieser Leistungsgruppe analysierten DRGs zeichnen sich durch eine typischerweise allgemeine Versorgungssituation aus. Die mit den DRGs vergüteten Leistungen werden von zahlreichen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Die Auswahl der DRGs in der Leistungsgruppe **DRGAVL** beschränkt sich auf die 20 fallzahlstärksten DRGs in Deutschland sowie zusätzlich diejenigen DRGs, die in mindestens 80% der Krankenhäuser in Deutschland (auf Basis der §-21-Datenlieferungen) erbracht werden. In der Leistungsgruppe DRGAVL sind 47 der 1.149 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 47 DRGs repräsentieren in der Analysemenge einen Fallanteil von 33,1% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 17,3%.

Die in Kapitel 1.2.1 angesprochene Untersuchung des VUD verwendete ebenfalls eine Einteilung der DRGs in Leistungsgruppen. Der VUD hat dem InEK die Definition der Leistungsgruppen freundlicherweise für die Analysen zum Extremkostenbericht zur Verfügung gestellt. Korrespondierend zur Leistungsgruppe DRGAVL kann die vom VUD definierte Leistungsgruppe **DRGRegelVUD** betrachtet werden. Diese Leistungsgruppe enthält DRGs nach der G-DRG-Version 2014 und wurde vom InEK auf die G-DRG-Version 2015 aktualisiert. In der Leistungsgruppe DRGRegelVUD sind 709 DRGs enthalten. Diese 709 DRGs repräsentieren in der Analysemenge einen Fallanteil von 87,9% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 69,5%. Damit ist die Leistungsgruppe DRGAVL spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGRegelVUD.

3.4.2.2 Spezielle Versorgungsleistungen

Im Gegensatz zu den allgemeinen Versorgungsleistungen zeichnet sich die Leistungsgruppe der speziellen Versorgungsleistungen dadurch aus, dass die mit den DRGs vergüteten Leistungen typischerweise nur von wenigen Krankenhäusern erbracht werden und die Leistungserbringung gleichzeitig typischerweise mit Krankenhäusern der Maximalversorgung in Verbindung gebracht wird. Die Auswahl der DRGs in der Leistungsgruppe **DRGSVL** beschränkt sich auf DRGs mit einem hohen Anteil an Leistungserbringern der Universitätskliniken und der Maximalversorgung. Dazu wurden die DRGs ausgewählt, die sich durch einen nennenswerten Anteil an der Leistungserbringung bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle einer DRG durch die Universitätskliniken und Maximalversorger in Deutschland auszeichnen (mehr als ein Drittel der Fälle werden in Universitätskliniken und Maximalversorgern erbracht und mehr als ein Viertel der leistungserbringenden Krankenhäuser sind Universitätskliniken und Maximalversorger). In der Leistungsgruppe DRGSVL sind 178 der 1.149 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 178 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 3,4% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 8,6%. Korrespondierend mit der Leistungsgruppe DRGRegelVUD hat der VUD eine Leistungsgruppe für spezielle Versorgungsleistungen definiert. Entsprechend der Vorgehensweise bei der Leistungsgruppe DRGRegelVUD wurde die DRG-Liste von der G-DRG-Version 2014 auf die G-DRG-Version 2015 übertragen. Die Leistungsgruppe **DRGMaxVUD** enthält 440 DRGs. Diese 440 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von

12,1% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 30,5%. Damit ist die Leistungsgruppe DRGSVL spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGMaxVUD. Die Leistungsgruppen des VUD enthalten in Summe alle 1.149 analysierten DRGs, während die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL mit insgesamt 225 DRGs nur jeweils einen spezifischen Ausschnitt der 1.149 DRGs repräsentieren. Bei der Aufteilung in die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL sind 924 DRGs keiner der beiden Leistungsgruppen zugeordnet. Diese DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 63,5% und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 74,1%.

Abbildung 27 zeigt die Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge in einer Übersicht. Die linke Säule zeigt dabei die Fallanteile der jeweiligen Leistungsgruppe und die rechte Säule den Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle.

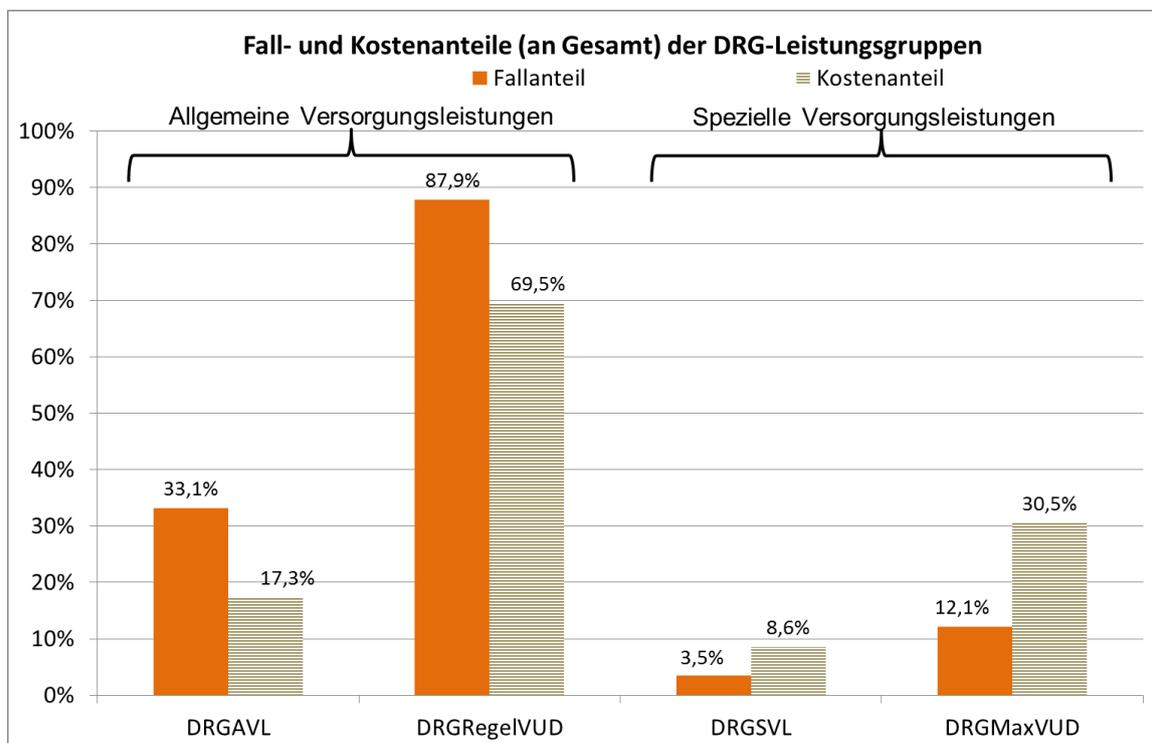


Abbildung 27: Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge

Die Fall- und Kostenanteile in den beiden Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung sind höher als in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgung. Abbildung 27 zeigt, dass die Leistungsgruppe DRGAVL mit einem Fallanteil von 33,1% nur einen Kostenanteil von 17,3% an den bereinigten Kosten aufweist. Die Leistungsgruppe DRGSVL mit einem Fallanteil von 3,5% weist dagegen einen Kostenanteil in Höhe von 8,6% an den bereinigten Kosten auf. Die Erbringung von Leistungen in der Leistungsgruppe DRGSVL geht also mit überdurchschnittlichen und in der Leistungsgruppe DRGAVL mit unterdurchschnittlichen Kosten einher.

3.4.3 Kategorisierung der Leistungserbringer

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

Die nach den Plausibilisierungen verbliebene Kalkulationsstichprobe zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Datenjahr 2013 bestand aus 247 Krankenhäusern, davon 14 Universitätskliniken. Angelehnt an die Datenbasis der bewährten und auch im Datenjahr 2013 bearbeiteten VUD-Extremkostendatenbank, in der die an der Kostenkalkulation beteiligten Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung Behandlungsfälle mit fallbezogenen zusätzlichen Informationen einspielen können (vgl. Kap. 1.1), wurden zu Analysezwecken die Universitätskliniken zusammen mit drei großen Krankenhäusern der Maximalversorgung in einer Krankenhausgruppe mit dem Titel **KHUniMax** kategorisiert, deren Ergebnisse dann im Vergleich zur Gesamtheit und/oder der Menge der verbliebenen Krankenhäuser (**KHAndere**) betrachtet wurden.

Mit einem Fallanteil von 26,9% an allen analysierten Fällen repräsentieren die KHUniMax-Krankenhäuser gut ein Viertel der analysierten Fälle. Der Anteil der bereinigten Kosten beträgt 34,4%. In Abbildung 28 ist die Aufteilung der Fälle innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe auf die Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere (jeweils Anteil an allen Fällen der Leistungsgruppe) dargestellt.

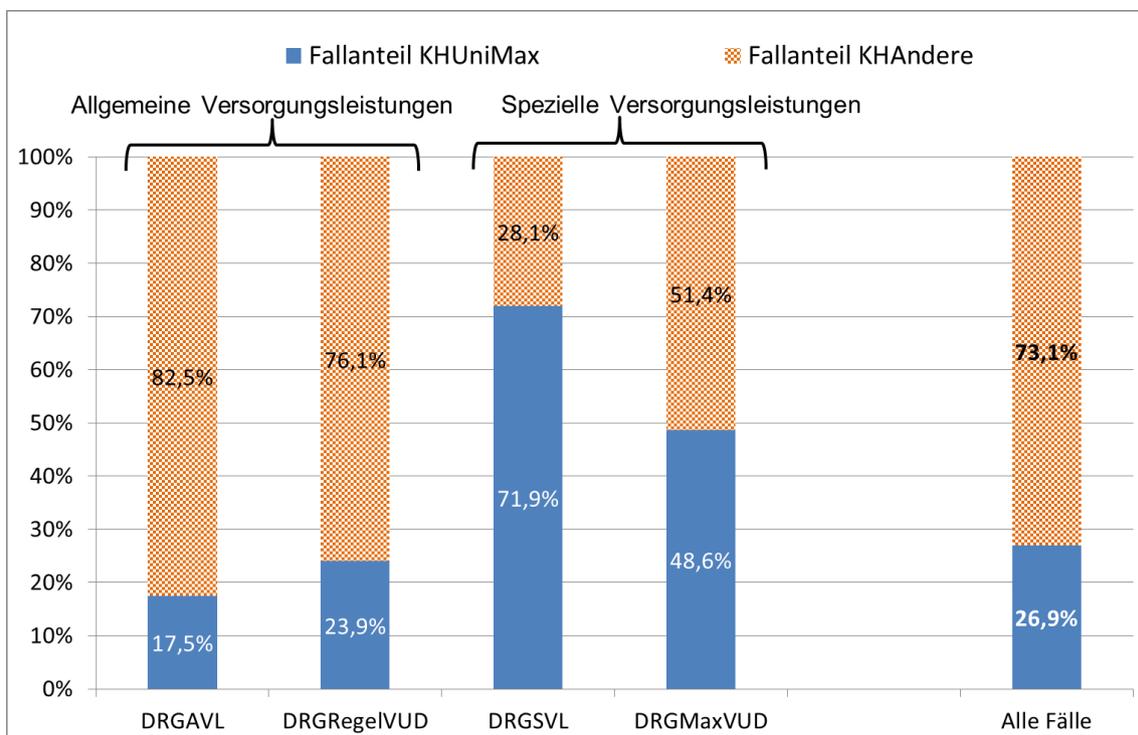


Abbildung 28: Fallanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen

Abbildung 28 kann entnommen werden, dass die Fallanteile für die KHUniMax-Häuser in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD deutlicher ausgeprägt sind als in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD. Damit wird deutlich, dass die

Leistungsgruppen nach spezifischer Leistungserbringung definiert wurden. Insbesondere ist zu erkennen, dass die Leistungsgruppe DRGSVL die spezifischere Definition für Leistungen der Universitätskliniken und Maximalversorger darstellt. In Tabelle 14 sind die entsprechenden Kostenanteile für die bereinigten Kosten aufgeführt. Die Krankenhausgruppe KHUniMax mit 6,9% der analysierten Krankenhäuser stellt mit 26,9% der Fälle und 34,4% der Kosten ein Mehrfaches der Fälle und Kosten zur Verfügung, als im Durchschnitt zu erwarten wäre. Die Krankenhausgruppe KHUniMax ist in der Kalkulationsstichprobe damit überrepräsentiert. Diese Zahlen verdeutlichen auch die große Bedeutung dieser Krankenhausgruppe im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

		Krankenhausgruppe	
		KHUniMax	KHAndere
Leistungs- gruppe	DRGAVL	18,0%	82,0%
	DRGRegelVUD	25,9%	74,1%
	DRGSVL	71,2%	28,8%
	DRGMaxVUD	53,8%	46,2%
	Alle Fälle	34,4%	65,6%

Tabelle 14: Kostenanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen

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

3.4.4 Ergebnisse

3.4.4.1 Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer

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

Insgesamt werden 3,62% aller analysierten Fälle als Lower-Kostenausreißer und 1,56% als Upper-Kostenausreißer identifiziert. Die Differenzierung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern nach Krankenhausgruppen zeigt Tabelle 15.

Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	3,07%	2,55%
KHAndere	3,82%	1,20%
Alle Krankenhäuser	3,62%	1,56%

Tabelle 15: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer

Innerhalb der Krankenhausgruppen ergibt sich ein regelhaftes Bild hinsichtlich der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist stets größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. Der Anteil an Kostenausreißern insgesamt (Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax (5,62%) größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere (5,02%).

Abbildung 29 bietet zunächst einen übergeordneten Blick auf die Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Analysegruppen. Gleichzeitig gibt sie Aufschluss über die Verteilung der Anteile der Kostenausreißerfälle auf die Leistungsgruppen in Verbindung mit den Krankenhausgruppen.

Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHUniMax stets größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. Bei der Leistungsgruppe DRGAVL ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax der Anteil an Upper-Kostenausreißern leicht größer als der Anteil an Lower-Kostenausreißern.

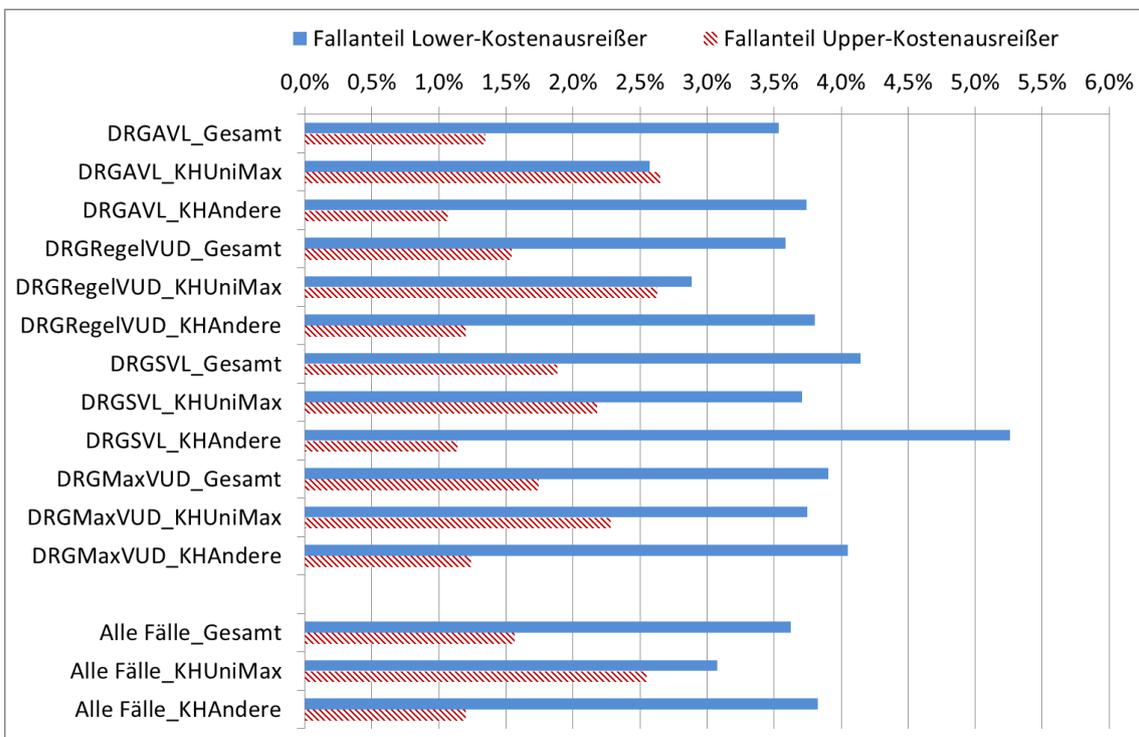


Abbildung 29: Fallanteile in den Analysegruppen

Die bisherigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

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

3. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist in der Krankenhausgruppe KHUniMax regelhaft kleiner als der Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHAndere.
4. Mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL in der Krankenhausgruppe KHUniMax ist der Anteil an Lower-Kostenausreißern stets höher als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.

Beispielhaft zeigt Abbildung 30 die Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je DRG für die 47 DRGs der Leistungsgruppe DRGAVL (Sortierung absteigend nach dem Anteil an Upper-Kostenausreißern).

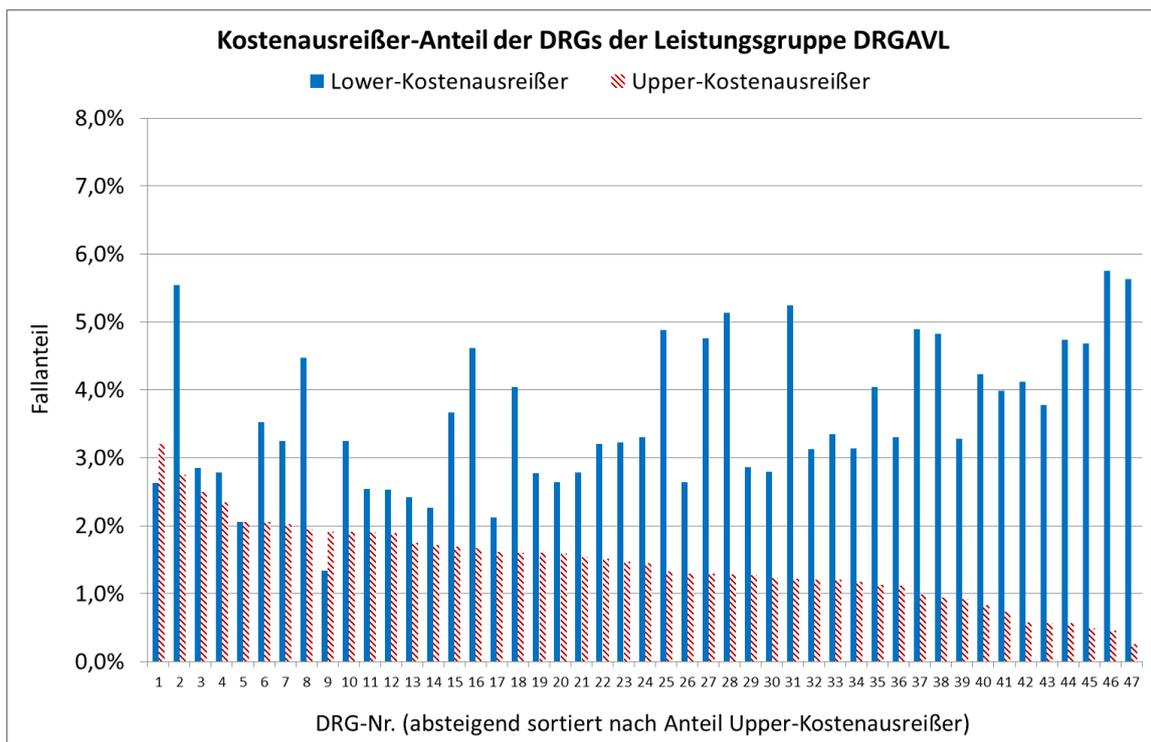


Abbildung 30: Beispiel: Fallanteile der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGAVL

Bei Betrachtung der Abbildung 30 ist zu beachten, dass die in den DRGs repräsentierten Fallzahlen bei der Erstellung der Abbildung keine Berücksichtigung fanden. Insofern dient diese Abbildung ausschließlich der Visualisierung, dass die Schiefe der Verteilung der bereinigten Kosten extrem unterschiedlich ist. So zeigt DRG 9 einen hohen Anteil an Upper-Kostenausreißern und gleichzeitig einen geringeren Anteil an Lower-Kostenausreißern, während bei DRG 47 der Anteil an Lower-Kostenausreißern deutlich höher ist als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.

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

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

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

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

Am Beispiel der DRG G73Z *Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag* und der DRG R63H *Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC* wird die grundsätzliche Funktionsweise des χ^2 -Tests demonstriert. Die nachfolgende Illustration der grundsätzlichen Funktionsweise des Tests erfolgt anhand der Daten eines Zwischenstandes.

Beispiel 1: Für die **DRG G73Z** (Grenzwerte gemäß Log-Normalverteilung) stellen sich die Daten wie folgt dar:

Krankenhausgruppe	Fallzahl lower	Fallzahl upper	Fallzahl gesamt		Fallanteil lower	Fallanteil upper
KHUniMax	7	17	714	=>	0,98%	2,38%
KHAndere	82	51	3.793	=>	2,16%	1,34%
Alle Krankenhäuser	89	68	4.507	=>	1,97%	1,51%

Tabelle 16: Fallmengen für die bereinigten Kosten der DRG G73Z

Der Test soll die Frage beantworten, ob der **Anteil an Lower-Kostenausreißern** in KHUniMax-Krankenhäusern (0,98%) im Vergleich zum entsprechenden Anteil der Krankenhausgruppe KHAndere (2,16%) signifikant unterschiedlich ist. Aus Tabelle 16 lässt sich für diese Untersuchung Tabelle 17 zum Test auf Unabhängigkeit ableiten:

Krankenhausgruppe	Fallzahl lower	Gegenmenge: Fallzahl nicht lower	Fallzahl gesamt
KHUniMax	7	707	714
KHAndere	82	3.711	3.793
Alle Krankenhäuser	89	4.418	4.507

Tabelle 17: Vierfeldertafel zur Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern für die bereinigten Kosten der DRG G73Z

Die χ^2 -Teststatistik nach Pearson¹⁰ berechnet sich als

$$\chi^2 = [(7 \cdot 3.711 - 707 \cdot 82)^2 \cdot 4.507] / [89 \cdot 4.418 \cdot 714 \cdot 3.793] = 4,333.$$

Ein signifikanter Unterschied zum 5%-Niveau besteht, wenn dieser Wert größer ist als 3,841, dem 95%-Quantil der χ^2 -Verteilung mit einem Freiheitsgrad. Das ist hier gegeben. Damit unterscheidet sich der Anteil an Lower-Kostenausreißern in KHUniMax-Krankenhäusern (0,98%) signifikant vom entsprechenden Anteil in den Krankenhäusern der Gruppe KHAndere (2,16%).

Für die Untersuchung des **Anteils an Upper-Kostenausreißern** (2,38% für KHUniMax versus 1,34% für KHAndere) lässt sich Tabelle 18 aus Tabelle 16 ableiten:

Krankenhausgruppe	Fallzahl upper	Gegenmenge: Fallzahl nicht upper	Fallzahl gesamt
KHUniMax	17	697	714
KHAndere	51	3.742	3.793
Alle Krankenhäuser	68	4.439	4.507

Tabelle 18: Vierfeldertafel zur Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern für die bereinigten Kosten der DRG G73Z

Die χ^2 -Teststatistik nach Pearson berechnet sich als

$$\chi^2 = [(17 \cdot 3.742 - 697 \cdot 51)^2 \cdot 4.507] / [68 \cdot 4.439 \cdot 714 \cdot 3.793] = 4,343.$$

Ein signifikanter Unterschied zum 5%-Niveau besteht also auch hier ($4,343 > 3,841$).

Beispiel 2: Für die **DRG R63H** (Grenzwerte gemäß Log-Normalverteilung) ist weder eine Signifikanz für den Lower- noch für den Upper-Anteil feststellbar. Die Daten sind hier wie folgt:

Krankenhausgruppe	Fallzahl lower	Fallzahl upper	Fallzahl gesamt		Fallanteil lower	Fallanteil upper
KHUniMax	47	87	968	=>	4,86%	8,99%
KHAndere	17	23	264	=>	6,44%	8,71%
Alle Krankenhäuser	64	110	1.232	=>	5,19%	8,93%

Tabelle 19: Fallmengen für die bereinigten Kosten der DRG R63H

Für die Untersuchung des **Anteils an Lower-Kostenausreißern** lässt sich daraus Tabelle 20 zum Test auf Unabhängigkeit ableiten:

¹⁰ Siehe z.B. **Hartung, J. et al. (1987)**: Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik, Kap. VII, Oldenbourg, München, Wien

Krankenhausgruppe	Fallzahl lower	Gegenmenge: Fallzahl nicht lower	Fallzahl gesamt
KHUniMax	47	921	968
KHAndere	17	247	264
Alle Krankenhäuser	64	1.168	1.232

Tabelle 20: Vierfeldertafel zur Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern für die bereinigten Kosten der DRG R63H

Die χ^2 -Teststatistik nach Pearson berechnet sich als

$$\chi^2 = [(47 \cdot 247 - 921 \cdot 17)^2 \cdot 1.232] / [64 \cdot 1.168 \cdot 968 \cdot 264] = 1,057.$$

Ein signifikanter Unterschied zum 5%-Niveau besteht hier nicht ($1,057 < 3,841$). Damit kann der Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax (4,86%) nicht als signifikant unterschiedlich zum entsprechenden Anteil in den Krankenhäusern der Gruppe KHAndere (6,44%) angesehen werden.

Für die Untersuchung des **Anteils an Upper-Kostenausreißern** lässt sich Tabelle 21 aus Tabelle 19 ableiten:

Krankenhausgruppe	Fallzahl upper	Gegenmenge: Fallzahl nicht upper	Fallzahl gesamt
KHUniMax	87	881	968
KHAndere	23	241	264
Alle Krankenhäuser	110	1.122	1.232

Tabelle 21: Vierfeldertafel zur Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern für die bereinigten Kosten der DRG R63H

Die χ^2 -Teststatistik nach Pearson berechnet sich als

$$\chi^2 = [(87 \cdot 241 - 881 \cdot 23)^2 \cdot 1.232] / [110 \cdot 1.122 \cdot 968 \cdot 264] = 0,019.$$

Ein signifikanter Unterschied zum Niveau 5% besteht auch hier nicht ($0,019 < 3,841$). Damit kann der Anteil an Upper-Kostenausreißern in KHUniMax-Krankenhäusern (8,99%) nicht als signifikant unterschiedlich zum entsprechenden Anteil in den Krankenhäusern der Gruppe KHAndere (8,71%) angesehen werden.

Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern in den Analysegruppen

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

Tabelle 22 zeigt, dass innerhalb der untersuchten 1.149 DRGs der durchgeführte Test für 403 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere ausweist. Die 403 DRGs haben einen Anteil von 64,7% an allen analysierten Fällen. 315 dieser 403 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant kleineren Anteil an Lower-Kostenausreißern auf, 88 DRGs

im Gegenzug dazu einen signifikant größeren Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 746 DRGs kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Lower-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden.

Bereinigte Kosten nach VUD	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.149	100,0%	3,62%
DRGs mit Lower-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	746	35,3%	3,55%
DRGs mit Lower-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	403	64,7%	3,66%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	315	52,3%	3,72%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	88	12,5%	3,41%

Tabelle 22: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern

Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern in den Analysegruppen

Tabelle 23 zeigt die Ergebnisse für die Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern. Daraus wird deutlich, dass innerhalb der untersuchten 1.149 DRGs der durchgeführte Test für 476 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Upper-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere ausweist. Die 476 DRGs haben einen Anteil von 79,7% an allen analysierten Fällen. 449 dieser 476 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant größeren Anteil an Upper-Kostenausreißern auf, 27 DRGs im Gegenzug dazu einen signifikant kleineren Anteil an Upper-Kostenausreißern. Für 673 DRGs kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Upper-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden.

Bereinigte Kosten nach VUD	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.149	100,0%	1,56%
DRGs mit Upper-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	673	20,3%	1,66%
DRGs mit Upper-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	476	79,7%	1,54%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	27	2,7%	2,13%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	449	77,0%	1,52%

Tabelle 23: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern

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

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Für die meisten DRGs konnte kein signifikanter Unterschied im Anteil an Lower- bzw. Upper-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere gemessen werden. Diese DRGs weisen jeweils die geringere Gesamtfallzahl an den insgesamt analysierten Fällen aus.
2. Die DRGs mit signifikantem Unterschied in den Anteilen an Lower- bzw. Upper-Kostenausreißern weisen jeweils die höhere Fallzahl an der Gesamtfallzahl aller analysierten Fälle aus.
3. Bei Vorliegen eines signifikanten Unterschieds geht dabei für die überwiegende Mehrheit der DRGs (und damit für die Majorität der Fallzahlen) für die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax die Differenz in Richtung eines signifikant größeren Anteils an Upper-Kostenausreißern und in Richtung eines signifikant kleineren Anteils an Lower-Kostenausreißern.

3.4.4.3 Kostendeckung in den Analysegruppen

Kostenausreißer gehen nicht zwingend mit einer damit korrespondierenden Kostenunterdeckung bzw. -überdeckung einher. So kann aus der Tatsache des Vorliegens eines Lower-Kostenausreißers nicht darauf geschlossen werden, dass dieser Fall zwingend mit einer Kostenüberdeckung einhergeht. Umgekehrt geht aus der Tatsache des Vorliegens eines Upper-Kostenausreißers nicht zwingend hervor, dass der zugrunde lie-

gende Fall eine Kostenunterdeckung aufweist. Auch Fälle mit der jeweils umgekehrten Situation (Lower-Kostenausreißer mit Kostenunterdeckung und Upper-Kostenausreißer mit Kostenüberdeckung) existieren.

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

1. Die Kostendaten stammen aus dem Datenjahr 2013. Die endgültige Analyse der Kostenausreißer basiert aber auf einer Gruppierung der Behandlungsfälle in das G-DRG-System 2015.
2. Als Erlöse stehen den Kosten die Einnahmen aus Zusatzentgelten und NUB-Entgelten aus dem Datenjahr 2013 gegenüber. Zur Bewertung der DRGs wurden die effektiven Bewertungsrelationen mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert aus dem Jahr 2013 multipliziert.
3. Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erfolgen abstrahierend vom Einzelfall hinsichtlich der Kongruenz zwischen Kosten- und Leistungsdaten zum Zweck der Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems (vgl. Kap. 2.2.1).
4. Die Plausibilitätsprüfungen auf das Vorliegen von mindestens zu erwartenden Kosten sind besser zu operationalisieren und im Miteinander zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern seit Jahren gut etabliert. Entsprechend verbleiben tendenziell deutlich weniger Fälle mit auffällig niedrigen Kosten in der Kalkulationsstichprobe. Die konkreten Auswirkungen dieser Tatsache auf die Ergebnisse sind nicht abschätzbar.
5. Nur sehr wenige Fälle mit identifiziertem Kalkulationsfehler wurden für die Erstellung des Extremkostenberichts aus der zu analysierenden Datenmenge entfernt (vgl. Kap. 2.2). Insofern wird für diese Fälle die Kostendeckung nicht vollständig korrekt ermittelt. Die aus der Analysemenge aufgrund von Kalkulationsfehlern gelöschten Fälle enthalten Kosten, die den in der Analysemenge verbliebenen Fällen unter Umständen fehlen. Die Auswirkung dieser Tatsache ist unbekannt.
6. Fälle ohne Kosten sowie Fälle mit sehr geringen Kosten wurden aus der Analyse ausgeschlossen. Diese Fälle gehen in der Regel mit einem Kalkulationsfehler einher (fehlende Kostenzuordnung). Das Kalkulationshandbuch hat als zentrale Vorgabe den sogenannten 100%-Ansatz, d.h. dass die Gesamtheit der DRG-relevanten Kosten auf die dem DRG-Entgeltbereich unterliegenden Fälle zu verteilen ist. Wenn ein Krankenhaus Fälle ohne oder mit sehr geringen Kosten hat, wurden dem 100%-Ansatz folgend die dort fehlenden Kosten automatisch den in der Kalkulation verbliebenen Fällen zugeordnet. Die in der Kalkulation verbliebenen Fälle weisen damit tendenziell leicht erhöhte Kosten auf; mithin ist die ermittelte Deckung dieser Fälle zu gering (falsch-niedrig).
7. Unvollständig kalkulierte Überlieger weisen für die Aufenthaltstage vor dem 1. Januar des Kalkulationsjahres keine Kosten auf. Überlieger vom Kalkulationsjahr in das nachfolgende Jahr sind definitionsgemäß nicht in der §-21-Daten-

lieferung enthalten. Die auf die Tage bis zum Jahresende des Kalkulationsjahres entfallenden Kosten der Überlieger werden von der Gesamtkostensumme abgegrenzt. Mögliche Abgrenzungsfehler sind vom InEK im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen nicht identifizierbar. Entsprechend können Abgrenzungsfehler in diesem Bereich in den entsprechenden Kalkulationskrankenhäusern ebenfalls zu fehlerhaften Kostendaten für die in der Kalkulation verbliebenen Fälle und damit zu fehlerhaften Berechnungen der Kostendeckung führen.

8. Krankenhäuser in der Trägerschaft der Unfallversicherungen müssen vereinbarungsgemäß für die Kalkulation nur die Fälle und Kosten berücksichtigen, die dem DRG-Entgeltbereich unterliegen. Damit ist eine Einschätzung der Plausibilität der Angaben im Rahmen einer Kosten-Erlös-Betrachtung schwierig, da für einen nennenswerten Anteil der Behandlungsfälle dieser Krankenhäuser keine Daten vorliegen. Die Validität der Kostendeckung der dem DRG-Entgeltbereich unterliegenden Fälle ist daher mit Einschränkungen zu versehen.
9. Die Konzentration auf die Güte der Qualität der Kalkulationsdatensätze ist bei den Krankenhäusern mit einem Schwerpunkt in der Leistungserbringung im PSY-Entgeltbereich auf die Fälle im PSY-Entgeltbereich fokussiert. Die Validität der Kosten-Erlös-Betrachtung im DRG-Entgeltbereich ist für diese Häuser entsprechend ebenfalls mit Einschränkungen versehen.

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

Betrachtung der Kostenausreißer

Der vorliegende Extremkostenbericht verwendet als Basis die Kostendaten aus den Kalkulationsdatensätzen und die Erlösangaben aus dem §-21-Datensatz, so wie sie von den Kalkulationskrankenhäusern am letzten Tag der Korrekturlieferungen im Mai 2014 geliefert wurden. Die effektiven Relativgewichte und die damit korrespondierenden Erlösbeträge für das G-DRG-System 2015 werden durch eine entsprechende Gruppierung der Fälle der Analysemenge und Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert des Krankenhauses für 2013 ermittelt. Aus der Gesamtmenge wurden die Fälle für die Betrachtung ausgeschlossen, die insbesondere eine Leistungserbringung sowohl in Haupt- als auch in Belegabteilungen aufweisen oder Leistungen in Besonderen Einrichtungen erbringen etc. (Details siehe Kap. 2.1.1), sowie die Fälle, die im Ergebnisdialog mit den Kalkulationskrankenhäusern als sicher falsch kalkulierte Kostenausreißer identifiziert wurden. Dies konnte beispielsweise durch die fehlerhafte Zuordnung eines Vielfachen der Sachkosten begründet sein (vgl. u.a. Kap. 3.2). Die analysierte Fallmenge enthält damit auch die Fälle, die im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wegen sicher fehlerhafter Kostenzuordnung keine Verwendung fanden.

Betrachtet wurde, inwieweit sich die Kostenunter- bzw. -überdeckungen bei den Lower- und den Upper-Kostenausreißern gegenseitig ausgleichen. Die Kostenausreißer werden in der Analysemenge für das G-DRG-System 2015 betrachtet. An dieser Stelle ist nochmals daran zu erinnern, dass in jedem G-DRG-System auf Basis der vorgestellten

Verteilungsfunktionen rund 6% aller Fälle der Analysemenge Kostenausreißer sind – unabhängig von den Weiterentwicklungsarbeiten des InEK. Insofern stellen die folgenden Tabellen die Ergebnisse der Analyse für Kostenausreißer im G-DRG-System 2015 auf Basis des Datenjahres 2013 dar.

In Tabelle 24 wird für die Kostenausreißer indiziert betrachtet, wie sich die durchschnittlichen Kostenunter- bzw. -überdeckungen je Fall aus den Lower- und den Upper-Kostenausreißern insgesamt gegenüber der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer aller Fälle der Analysemenge verhalten. Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils die durchschnittliche Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Fälle in der Analysemenge. Für die jeweiligen Untermengen wurde die durchschnittliche Kostenunter- oder -überdeckung aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern je Fall ermittelt und durch die durchschnittliche Kostendeckung aller Kostenausreißer der Analysemenge dividiert. Beispielsweise ergibt sich die Ziffer 0,2 in Tabelle 24 als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer der Fälle in den die Leistungsgruppe DRGRegelVUD definierenden DRGs in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer in der Analysemenge je Fall.

Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	0,2	-8,7
DRGMaxVUD	15,1	-2,2

Tabelle 24: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppe

Tabelle 24 ist zu entnehmen, dass sich die Kostenunterdeckungen und die Kostenüberdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Leistungs- und Krankenhausgruppen nicht ausgleichen. Während für die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHAndere die Kostenüberdeckungen die Kostenunterdeckungen mehr als ausgleichen (positiver Indexwert), zeigt sich für die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchgängige durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall (negativer Indexwert). Dabei zeigt sich eine deutliche durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer je Fall für die Leistungsgruppe DRGMaxVUD für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere und eine deutliche durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD.

Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-0,1	-8,3
DRGSVL	14,0	2,3

Tabelle 25: Belastungsindex Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhausgruppe

Werden die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL betrachtet, ergibt sich ein etwas anderes Bild (vgl. Tab. 25). Die Kostenunter- und -überdeckungen durch die Lower- und

Upper-Kostenausreißer gleichen sich ebenfalls nicht aus. In der Leistungsgruppe DRGSVL zeigen die Kostenausreißer in beiden Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall. Die Kostenausreißer der Leistungsgruppe DRGAVL zeigen dagegen für beide Krankenhausgruppen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall. Bei dieser spezifischeren Leistungsgruppendifinition (vgl. Kap. 3.4.2) ist die Kostenunterdeckung durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer für die Krankenhausgruppe KHUniMax in der Leistungsgruppe DRGAVL deutlicher ausgeprägt als für die Krankenhausgruppe KHAndere. Gleichzeitig ist die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer je Fall für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere in der Leistungsgruppe DRGSVL deutlicher ausgeprägt als für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Bei Betrachtung der Tabellen 24 und 25 ist zu beachten, dass die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nicht alle analysierten DRGs enthalten, während in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD alle analysierten DRGs enthalten sind.

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

Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer des G-DRG-Systems 2013

In der Analysemenge zu den vorgenannten Ergebnissen zur Kostendeckung der atypischen Fälle wurde die Ausgangsmenge der Kostenausreißer auf Basis des G-DRG-Systems 2015 bestimmt. In diesem Abschnitt soll nun betrachtet werden, wie sich die durchschnittliche Deckung der Kostenausreißer im Vergleich zwischen dem G-DRG-System 2013 und dem G-DRG-System 2015 verändert hat. Dazu werden die zu untersuchenden Fälle nach den beiden verschiedenen G-DRG-Systemen eingruppiert und jeweils die daraus resultierenden Erlöse ermittelt.

Würde darüber hinaus im Anschluss an die Neugruppierung auch eine erneute Ermittlung der Ausgangsmenge der Kostenausreißer erfolgen, ergäbe sich jedoch kein verwertbares Ergebnis, da die miteinander verglichenen Fallmengen sich erheblich unterscheiden würden. Fälle, die nach Eingruppierung gemäß G-DRG-System 2013 aufgrund der ermittelten Verteilungsfunktion als Kostenausreißer markiert werden, könnten bei Anwendung der ermittelten (gleichen oder ggf. auch einer anderen) Verteilungsfunktion auf nach G-DRG-System 2015 gruppierten Daten keine Ausreißer sein – und umgekehrt. Daher ist es erforderlich, die Markierung der Fälle als Kostenausreißer bei der Betrachtung der Systemveränderungen sozusagen „fortzuschreiben“. Diese Vorgehensweise ist prinzipiell in zwei Betrachtungsrichtungen möglich, die mit den folgenden Fragen beschrieben werden können:

- „Wie verändert sich die Vergütung genau der Fälle, die nach G-DRG-System 2013 als Kostenausreißer identifiziert wurden, wenn Eingruppierung und Erlöse gemäß G-DRG-Version 2015 zugrunde gelegt werden?“ (unabhängig davon, ob die Fälle nach dem G-DRG-System 2015 ebenfalls Kostenausreißer sind)

- „Wie wäre die Vergütung genau der Fälle, die nach G-DRG-Version 2015 als Kostenausreißer identifiziert werden, gewesen, wenn Eingruppierung und Erlöse gemäß dem G-DRG-System 2013 zugrunde gelegt würden?“ (unabhängig davon, ob die Fälle nach dem G-DRG-System 2013 ebenfalls Kostenausreißer gewesen wären)

Die Analyse wurde in beide Richtungen durchgeführt. Bei sehr ähnlichen Ergebnissen werden nachfolgend die detaillierten Ergebnisse (vgl. Tab. 26 und 27) zur ersten Frage dargestellt.

Die durchschnittliche Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall hat sich um etwa 23 € verbessert. Dies entspricht einer Verbesserung der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer um etwa 11,6%.

Die relativ größte Verbesserung der durchschnittlichen Kostendeckung je Fall für die Kostenausreißer (durch die Systemweiterentwicklung von 2013 nach 2015) zeigt sich für die Leistungsgruppe DRGMaxVUD. Für diese Kostenausreißer konnte der Betrag der durchschnittlichen Kostenüberdeckung im G-DRG-System 2015 im Vergleich zum G-DRG-System 2013 um fast 7% verbessert werden. Eine detaillierte Analyse zeigt, dass dieser Effekt in größerem Umfang auf die Veränderung bei der in Kapitel 3.3.2 ausführlich erläuterten Abbildung der Intensivmedizin zurückzuführen ist. Für die Leistungsgruppe DRGAVL zeigt sich eine leichte Verschlechterung der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer je Fall, für die Leistungsgruppe DRGRegelVUD ist die Verbesserung im Vergleich zu DRGMaxVUD geringer ausgeprägt. Die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGSVL sinkt um rund 7%.

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

Tabelle 26: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, absolut in €

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

Tabelle 27: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, € pro Fall

Angesichts der Verbesserung der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD im G-DRG-System 2015 ist auffällig, dass die Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGSVL eine Verschlechterung der durchschnittlichen Kostendeckung erfahren. Dies verwundert insbesondere in Kenntnis der Tatsache, dass die Leistungsgruppe DRGSVL eine Teilmenge der Leistungsgruppe DRGMaxVUD darstellt. Diese Besonderheit ist vollständig durch die veränderte Abbildung und Vergütung der beiden Basis-DRGs A04 *Knochenmarktransplantation/ Stammzelltransfusion, allogene* und A05 *Herztransplantation* zu erklären. Innerhalb der Basis-DRG A04 wurde eine neue unbewertete DRG A04A geschaffen, welche die mehrfach stammzellentransplantierten Patienten beinhaltet. Bei der Kalkulation der Relativgewichte der bewerteten Stammzellen-DRGs im G-DRG-System 2015 gehen somit die Fallkosten der genannten mehrfach transplantierten Patienten nicht mehr in die Berechnung der Durchschnittskosten ein. Dadurch sinken die Relativgewichte in allen bewerteten Stammzellen-DRGs. Da die neu geschaffene A04A unbewertet ist, bleibt bei diesem Systemvergleich die kompensatorisch verbesserte Vergütung der entsprechenden Fälle unberücksichtigt.

Der Sachverhalt bei der Basis-DRG A05 *Herztransplantation* ist ein wenig anders gelagert. Hier ist die schlechtere Kostendeckung der Kostenausreißer im G-DRG-System 2015 durch eine verminderte Vergütung der Langlieger begründet. Für die beiden Basis-DRGs A04 und A05 gilt aber, dass auch im G-DRG-System 2015 die Kostenausreißer eine durchschnittliche Kostenüberdeckung aufweisen. Diese Aussage gilt selbst dann, wenn die ermöglichte verbesserte Vergütung der A04A nicht berücksichtigt wird.

Die in den Tabellen 26 und 27 dargestellten Analyseergebnisse sind nicht nur aufschlussreich hinsichtlich der verbesserten Abbildung durch die Weiterentwicklung des Entgeltsystems von 2013 nach 2015. Die ermittelten absoluten Werte zu den Kostenunterdeckungen der Ausreißer erlauben auch einen Vergleich zwischen den Leistungsgruppen.

Die durchschnittliche Kostenunterdeckung durch Kostenausreißer je Fall der Leistungsgruppe DRGRegelVUD ist deutlicher ausgeprägt als in der Leistungsgruppe DRGAVL. Die Kostenausreißer der Leistungsgruppe DRGMaxVUD sind durchschnittlich je Fall stärker überdeckt als die Kostenausreißer der Leistungsgruppe DRGSVL. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD die Unterdeckung durch Kostenausreißer absolut und auch pro Fall am deutlichsten ausgeprägt ist. Zu diesem Ergebnis tragen die durchschnittliche Unterdeckung pro Kostenausreißer ebenso bei wie die hohe Fallzahl dieser Leistungsgruppe und die unterdurchschnittliche Verbesserung im Verlauf der Systemweiterentwicklung.

Weitere Analysen zur Verbesserung der Kostendeckung durch die für 2015 deutlich verbesserte Abbildung der Intensivmedizin, die auch detailliert auf die Ergebnisse für die Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere eingehen, finden sich in Kapitel 3.4.6

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Die Kostenausreißer sind insgesamt durch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall gekennzeichnet.
2. In den Leistungsgruppen DRGSVL, DRGRegelVUD und DRGMaxVUD weisen die Lower- und Upper-Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus (positiver Index).
3. Die durchschnittliche Belastung je Fall aus Lower- und Upper-Kostenausreißern gemeinsam ist für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax deutlicher ausgeprägt als für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere.
4. Die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt für die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD eine höhere durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall als die Häuser in der Krankenhausgruppe KHAndere.
5. Für die Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD zeigen die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall und die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall (DRGMaxVUD) bzw. eine deutlich geringere Kostenüberdeckung je Fall (DRGSVL) für die atypischen Fälle.
6. Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems führt dazu, dass sich die durchschnittliche Kostendeckung der für das G-DRG-System 2013 identifizierten Kostenausreißer im G-DRG-System 2015 deutlich um etwa 11,6% verbessert.
7. Die Analyse nach Leistungsgruppen zeigt, dass die durch Kostenausreißer verursachte Unterdeckung in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD absolut und auch je Fall am stärksten ausgeprägt ist.

3.4.5 Belastung durch Kostenausreißerfälle

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

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

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

Die grundsätzlichen Analyseergebnisse zur Kostendeckung wurden bereits in Kapitel 3.4.4 vorgestellt. Eine anonymisierte krankenhausesbezogene Darstellung zeigt Abbildung 31. Hier ist die durchschnittliche Kostenbelastung durch Kostenausreißer (Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) je Fall zu den durchschnittlichen Fallkosten des jeweiligen Krankenhauses in Beziehung gesetzt. Die sich daraus ergebenden Werte wurden zur besseren Visualisierung so basiert, dass die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall bezogen auf die durchschnittlichen Fallkosten aller Fälle den Belastungswert null ergibt. Entsprechend zeigen Säulen oberhalb der Nulllinie in Abbildung 31 Krankenhäuser an, die mit einer unterdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer ausgezeichnet sind, und Säulen unterhalb der Nulllinie entsprechend Krankenhäuser mit einer überdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer. Im Einzelfall kann dies sogar insgesamt eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer darstellen.

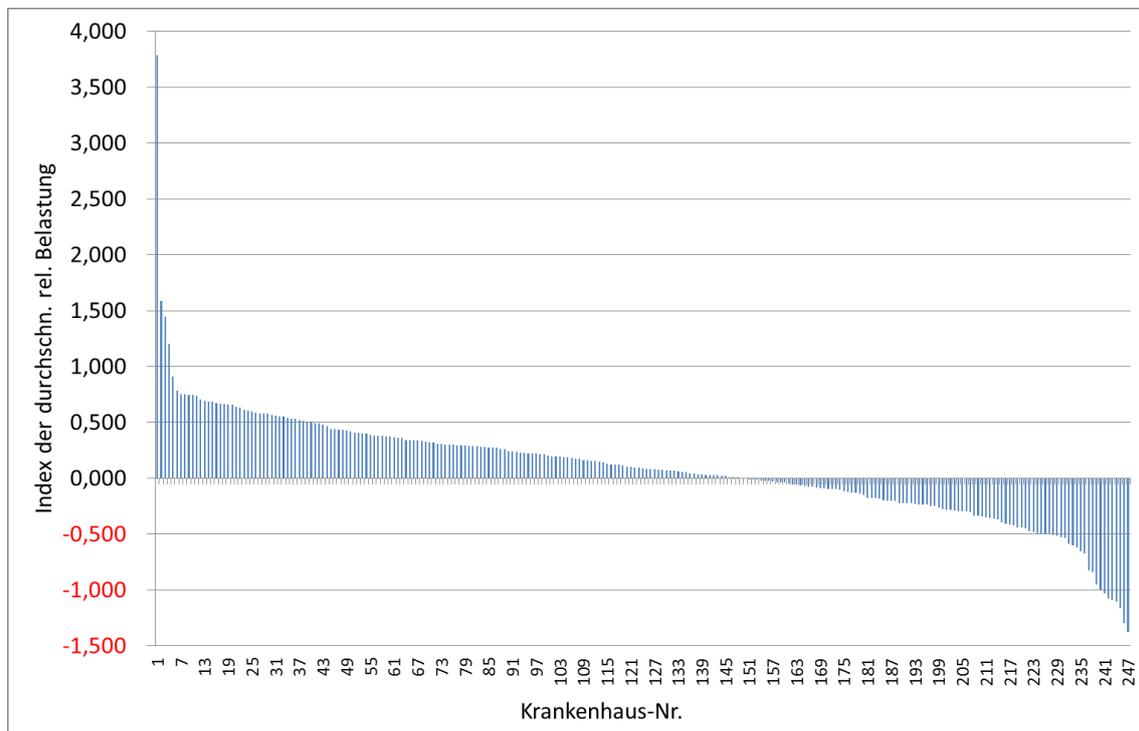


Abbildung 31: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in den analysierten Krankenhäusern

148 Krankenhäuser weisen eine unterdurchschnittliche Belastung je Fall durch die Kostenausreißer und 99 Krankenhäuser eine überdurchschnittliche Belastung je Fall durch Kostenausreißer aus. Abbildung 31 ist auch zu entnehmen, dass die Anzahl der Krankenhäuser mit einer überdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer je Fall kleiner ist als die Anzahl der Krankenhäuser mit einer unterdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer je Fall.

Abbildung 32 zeigt den Index der durchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer ausschließlich für die 17 Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Dabei wurde keine neue Normierung durchgeführt, sondern die Nulllinie aus der Normierung

auf Basis aller Krankenhäuser verwendet. Dieser Darstellung ist zu entnehmen, dass die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer bezogen auf die durchschnittlichen Kosten des jeweiligen Krankenhauses innerhalb der Krankenhausgruppe KHUniMax unterschiedlich stark ausgeprägt ist. Zwei Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen eine unterdurchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf; entsprechend weisen 15 Häuser eine überdurchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf.

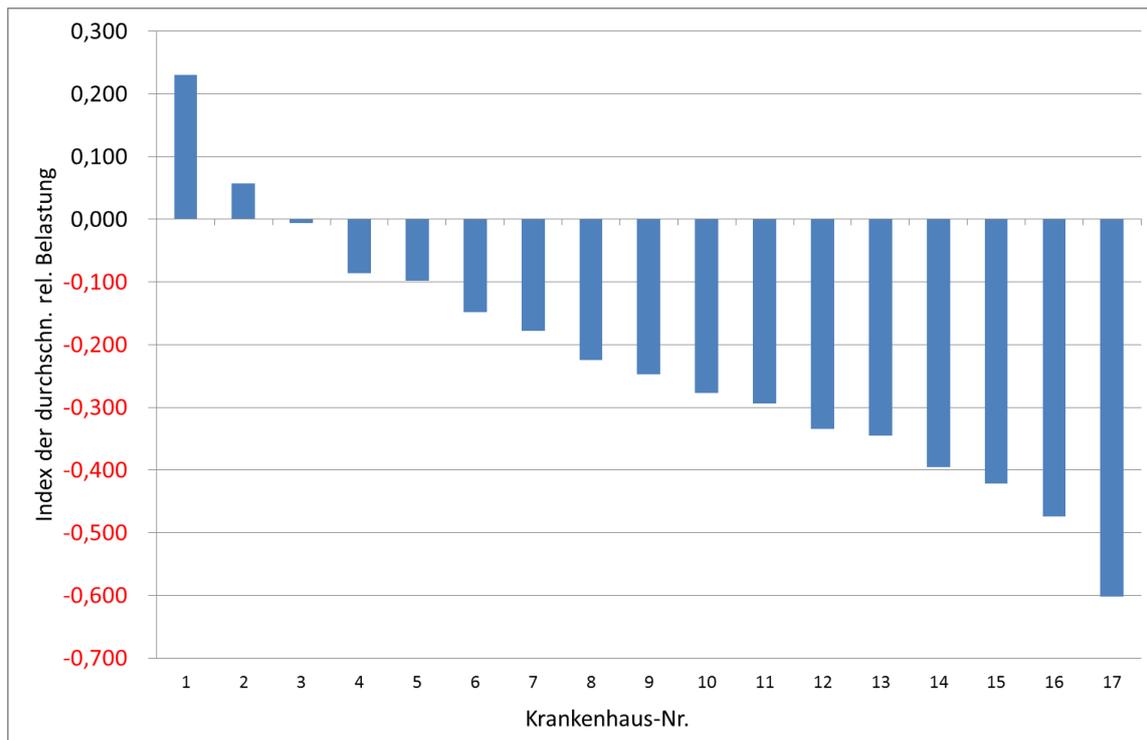


Abbildung 32: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax

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

In einem weiteren Analyseschritt wurde untersucht, ob die einzelnen Krankenhäuser signifikant vom Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe hinsichtlich der Anzahl ihrer Kostenausreißer abweichen. Für diese Art der Betrachtung müssen die vom Krankenhaus erbrachten Leistungen (gemessen als DRG) individuell betrachtet werden, um die unterschiedliche Zusammensetzung der Leistungsspektren bei der Analyse zu berücksichtigen. Dazu wurde der auf Basis der Gesamtanalyse ermittelte relative Anteil an Lower- und Upper-Kostenausreißern je DRG mit der im jeweiligen Krankenhaus beobachteten Fallzahl der DRG multipliziert. Das Ergebnis ergab die erwartete Anzahl von Kostenausreißern (Lower und Upper) je DRG für das jeweilige Krankenhaus. Diese erwartete Anzahl von Kostenausreißern wurde mit der tatsächlich beobachteten Anzahl von Kostenausreißern verglichen und auf Signifikanz getestet. Dabei wurde unterstellt, dass die erwartete Anzahl von Kostenausreißern eines durch DRGs determinierten Leistungsportfolios einer bestimmten Verteilung folgt. Die Anzahl der beobachteten Kostenausreißer sollte dann der identischen Verteilung folgen. Als Testverfahren bietet

sich hierfür der nichtparametrische Kolmogorov-Smirnov-Test¹¹ an. Dieser Test überprüft die Nullhypothese, ob die beiden beobachteten Datenreihen (beobachtete Anzahl von Kostenausreißern je DRG versus theoretisch erwartete Anzahl von Kostenausreißern je DRG) derselben Verteilungsfunktion folgen. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 28.

Krankenhausgruppe	Gesamt	Lower-Anteil im DRG-Portfolio signifikant unterschiedlich (5%-Niveau) zum entspr. erwarteten Lower-Anteil	Lower-Anteil geringer als erwartet	Lower-Anteil größer als erwartet	Upper-Anteil im DRG-Portfolio signifikant unterschiedlich (5%-Niveau) zum entspr. erwarteten Upper-Anteil	Upper-Anteil geringer als erwartet	Upper-Anteil größer als erwartet
KHUnimax	17	16	12	4	13	0	13
KHAndere	230	80	57	23	45	33	12
Alle Krankenhäuser	247	96	69	27	58	33	25

Tabelle 28: Ergebnis des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Krankenhausebene

Tabelle 28 zeigt, dass für 16 von 17 Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax der Anteil an Lower-Kostenausreißern in den jeweiligen Leistungsportfolios signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt abweicht. Für zwölf Krankenhäuser ergibt sich ein signifikant niedrigerer Anteil an Lower-Kostenausreißern und für vier Krankenhäuser ein signifikant höherer Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 13 Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax ist der Anteil an Upper-Kostenausreißern signifikant größer als im erwarteten Stichprobendurchschnitt. Von den 230 Krankenhäusern in der Gruppe KHAndere zeigt sich bei 80 Häusern eine signifikante Abweichung bei den Lower-Kostenausreißern. Für 57 Krankenhäuser liegt der Anteil unterhalb und für 23 Krankenhäuser liegt der Anteil oberhalb des erwarteten Stichprobendurchschnitts. Für 45 Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere weicht der Anteil an Upper-Kostenausreißern signifikant vom Stichprobendurchschnitt ab. Dabei liegt der Anteil an Upper-Kostenausreißern für 33 Krankenhäuser unterhalb und für zwölf Häuser oberhalb des Stichprobendurchschnitts. Das heißt: Für die Mehrzahl der Krankenhäuser in der Gruppe KHAndere entsprechen die Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern der jeweiligen Leistungsportfolios den erwarteten Anteilen auf Basis des Stichprobendurchschnitts.

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

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

3.4.5.3 Durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern je Krankenhausindividuellem Leistungsportfolio

In einem dritten Analyseschritt wurde die erwartete Belastung durch Kostenausreißer mit der tatsächlichen Belastung durch Kostenausreißer je Krankenhaus verglichen. Dazu wurde für jede DRG der sich aus den bisherigen Analysen ergebende Wert der durchschnittlichen Kostenunterdeckung oder Kostenüberdeckung aus Kostenausreißern je Fall ermittelt. Für ein individuelles Krankenhaus kann somit durch Multiplikation des DRG-bezogenen Wertes mit der individuellen Fallzahl des Krankenhauses je DRG der erwartete Belastungswert aus den Kostenausreißern für das Leistungsportfolio des Hauses berechnet werden. Dieser Wert wird zur Berücksichtigung der Krankenhausgröße durch die Gesamtfallzahl des Krankenhauses dividiert. Diesem theoretischen (Erwartungs-)Wert wird im finalen Schritt der tatsächlich beobachtete Wert je Fall aus den bisherigen Analysen gegenübergestellt. Das Volumen der Kostenüber- und -unterdeckungen in Summe über alle DRGs und Krankenhäuser entspricht dabei dem tatsächlich ermittelten Wert in der Analysemenge. Der Belastungswert ermittelt auf Basis des krankenhausesbezogenen Leistungsportfolios, ob sich im Vergleich zur Kalkulationsstichprobe eine höhere oder niedrigere durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall ergibt. Dabei weisen Krankenhäuser mit einem positiven Belastungswert eine im Vergleich zur Kalkulationsstichprobe geringere durchschnittliche Belastung und Krankenhäuser mit einem negativen Belastungswert eine höhere durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf.

Die Ergebnisse zeigt Abbildung 33, in der die Krankenhäuser nach dem Belastungswert je Krankenhaus absteigend sortiert sind. Für 167 Krankenhäuser liegt der Belastungswert oberhalb der Nulllinie und für 80 unterhalb der Nulllinie. Damit ist für die Mehrheit der Krankenhäuser die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall geringer, als im Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe aufgrund des individuellen Leistungsportfolios zu erwarten gewesen wäre.

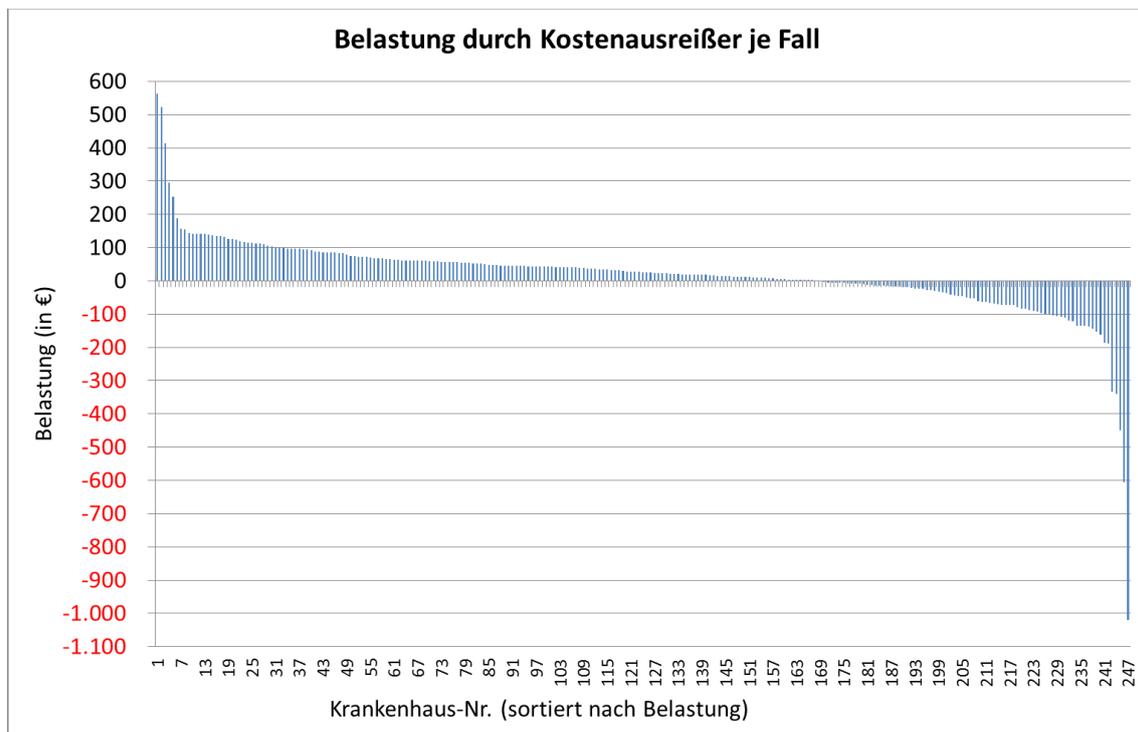


Abbildung 33: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall

Die 167 Krankenhäuser oberhalb der Nulllinie zeichnen sich durch eine geringere durchschnittliche Fallzahl (ca. 11.000 Fälle) im Vergleich zu den 80 Krankenhäusern unterhalb der Nulllinie (ca. 18.000 Fälle) aus. Werden die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax aus der Betrachtung herausgenommen, zeigen die Krankenhäuser oberhalb und unterhalb der Nulllinie eine nahezu identische durchschnittliche Fallzahl (ca. 10.500). Wird der jeweilige Anteil an Fachkliniken an den Krankenhäusern oberhalb und unterhalb der Nulllinie berechnet, zeigt sich hier nur ein geringer Unterschied; er liegt bei ca. 19% oberhalb und bei ca. 23% unterhalb der Nulllinie.

Abbildung 34 betrachtet den Belastungswert ausschließlich für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Zwei Häuser weisen eine durchschnittliche positive Belastung und 15 Häuser eine durchschnittliche negative Belastung aus.

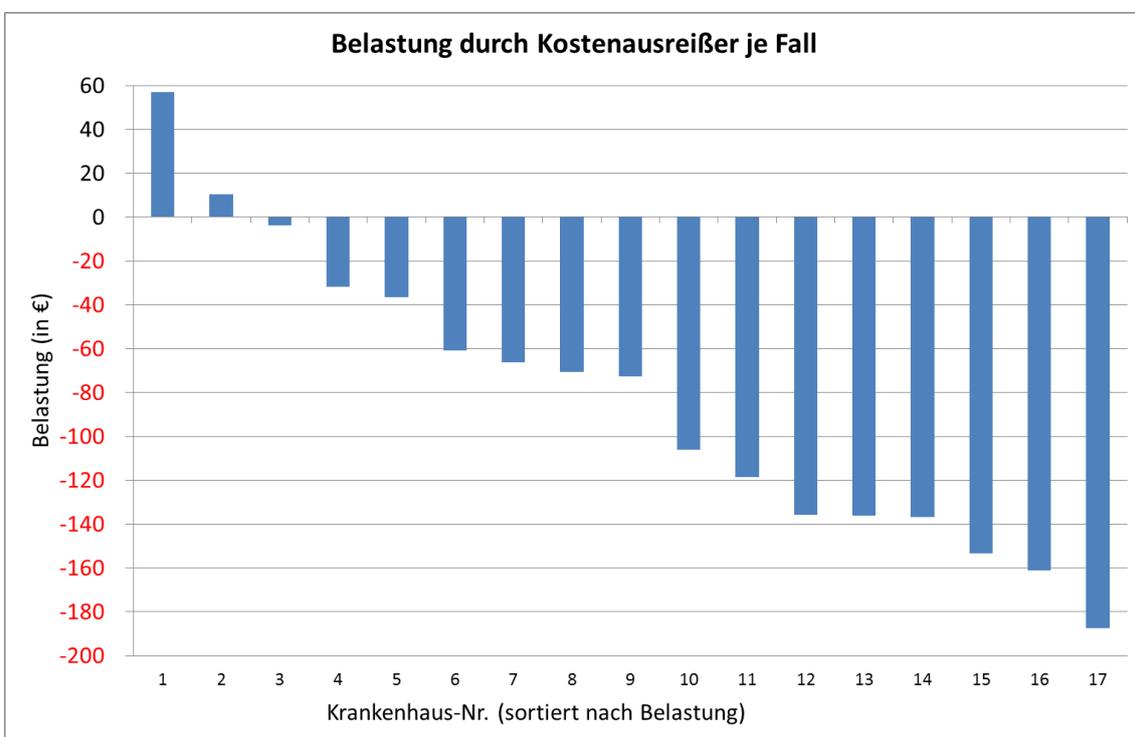


Abbildung 34: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall in der Krankenhausgruppe KHUniMax

Aus den vorgestellten Ergebnissen kann damit geschlossen werden, dass

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

Analog zur Vorgehensweise bei den Anteilen an Lower- und Upper-Kostenausreißern kann für die Betrachtung der durchschnittlichen Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio ein Kolmogorov-Smirnov-Test (vgl. Kap. 3.4.5.2) durchgeführt werden. Im Ergebnis zeigt dieser Test, dass für alle Krankenhäuser die erwartete Belastung mit Kostenausreißern in den jeweiligen Leistungsportfolios signifikant von der beobachteten Belastung mit Kostenausreißern abweicht. Damit entspricht im Datenjahr 2013 kein Krankenhausportfolio im Sinne der Belastung mit Kostenausreißern dem durchschnittlichen Portfolio der Stichprobe. Vereinfacht formuliert: Kein Krankenhaus in der Analysegruppe zeichnet sich durch eine durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern bezogen auf das krankenhausindividuelle Leistungsportfolio aus. Die individuellen Belastungen (Kostenunterdeckungen wie auch Kostenüberdeckungen) verteilen sich in allen Krankenhäusern der Analysegruppe auf die einzelnen DRGs in den krankenhausindividuellen Leistungsportfolios nach einem vom Stichprobendurchschnitt abweichenden Muster.

Zwischenfazit

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

3.4.6 Verbesserung der Vergütung durch den Umbau zur Intensivmedizin („Super-SAPS“)

Die in Kapitel 3.3 detailliert erläuterten Veränderungen im G-DRG-Gruppierungsalgorithmus im Themenbereich Intensivmedizin stellen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Vergütung im Jahr 2015 sicher den relevantesten Umbau dar. Dieser geht mit erheblichen Erlösverbesserungen für hochkomplexe Fälle einher, die vielfach auch Kostenausreißerfälle im Sinne dieses Berichts darstellen.

Die erstmalige Integration der OPS-Kodes für die *hochaufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung* („Super-SAPS“) beinhaltete eine Vielzahl von zum Teil aufeinander aufbauenden Einzelumbauten, die sich über mehrere Wochen der Kalkulationsphase 2014 erstreckten und begleitet waren von anderen Systemveränderungen, jeweils neuen Katalogableitungen einschließlich Zuschlägen, Fallplausibilisierungen und auch mehrfachen Anpassungen der Bezugsgröße. Im Ergebnis ergeben sich neben erheblichen Fallwanderungen („Fall wechselt die DRG“) mit entsprechenden Erlösauswirkungen auch erhebliche Effekte auf die Vergütung der DRG, die sich durch Wegnahme oder Hinzufügung der verschobenen Fälle in Kosten- und Verweildauerparametern jeweils ändern. Hinzu kommen systemische Auswirkungen, z.B. durch Änderungen der Bezugsgröße.

Die Frage, was die beschriebenen Veränderungen in Summe für die sachgerechte Vergütung intensivmedizinischer Fälle bedeuten, ist somit alles andere als trivial und in umfassender Form zwar qualitativ, aber kaum seriös quantitativ zu beantworten.

Um dennoch die Größenordnung der Auswirkungen darzustellen, wurden im Zuge dieses Extremkostenberichts umfassend die Fälle untersucht, die von den dargestellten Systemveränderungen betroffen sind. Nachfolgend werden detaillierte Ergebnisse zu drei Fallmengen dargestellt:

- I. Patienten mit sehr hohem „Super-SAPS“
- II. Fälle mit hohem „Kinder-SAPS“
- III. Kostenausreißer in „SAPS-DRGs“

Patienten mit sehr hohem „Super-SAPS“

In diesem Teil der Analyse wurden alle Fälle analysiert, die

- „Super-SAPS“-Werte von 1.657 oder mehr aufwiesen und
- vor wie nach Systemumbau in bewertete DRGs eingruppiert wurden.

Die sich durch die Systemweiterentwicklung für diese Fälle ergebenden Erlösauswirkungen sind in mindestens drei Effekten begründet:

- Direkte Aufwertung von Fällen, die aufgrund des „Super-SAPS“ nach dem G-DRG-System 2015 einer (im Vergleich zum G-DRG-System 2014) höherwertigen DRG zugeordnet werden
- Mittelbare Auswirkung dieser Fallverschiebungen auf die Herkunfts-DRG der Fälle (typischerweise Verminderung der mittleren Kosten der Herkunfts-DRG durch Herausnahme überdurchschnittlich teurer Fälle)
- Mittelbare Auswirkung dieser Fallverschiebungen auf die Ziel-DRG der Fälle (je nach Verhältnis der Kosten ist eine Steigerung oder Verminderung der mittleren Kosten dieser DRG prinzipiell möglich)

Hinzu kommen noch Effekte durch veränderte Verweildauerparameter, beispielsweise veränderte obere Grenzverweildauern.

Dabei wurden also nicht lediglich die Fälle betrachtet, die aufgrund der neu etablierten Gruppierungsrelevanz ihrer *hochaufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung* nun in höherwertige DRGs eingruppiert werden (für diese Fälle war eine erhebliche Aufwertung zu erwarten), sondern auch die Fälle, die trotz hohem „Super-SAPS“ ihre Eingruppierung nicht verändern, etwa weil sie

- aufgrund anderer Fallparameter bereits in der jeweils höchstwertigen DRG waren,
- dennoch unter dem in der entsprechenden DRG ermittelten Schwellenwert von Super-SAPS-Punkten lagen oder
- einer DRG zugeordnet waren, die von der Teilumsetzung „Super-SAPS“ für 2015 nicht betroffen war.

Die nachfolgenden Werte zu Erlösveränderungen setzen sich somit zusammen sowohl aus Fällen, die durch den Systemumbau bessergestellt wurden, als auch aus Fällen, für

die gemäß G-DRG-System 2015 aus dem Katalogwechsel ein geringerer Erlös resultiert.

Insgesamt wurden 8.347 Fälle mit einem effektiven Case-Mix von 259.541 (gemäß Fallpauschalen-Katalog 2015) betrachtet, was im Vergleich zum G-DRG-System 2014 einer Aufwertung von 16.273 Case-Mix-Punkten entspricht.

Legt man den Bundesbasisfallwert für das Jahr 2015 in Höhe von 3.231,20 € zugrunde, ergibt sich daraus in Summe eine Erlösverbesserung von 52,6 Mio. € bzw. rund 6.300 € pro Fall. Relativ entspricht das einer Erlösverbesserung von 6,3%.

Die Universitätskliniken profitieren überdurchschnittlich stark von der Integration des „Super-SAPS“, da sie in der untersuchten Fallmenge mit *hochaufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung* mit 44,5% den mit Abstand größten Fallanteil stellen. Die damit korrespondierende Erlössteigerung durch den benannten Umbau beträgt für die Gruppe der Universitätskliniken rund 23,1 Mio. €.

Wenn weiter differenziert wird, fällt u.a. der deutliche Unterschied zwischen den Fällen auf, die durch den Umbau die DRG wechseln (effektives Relativgewicht steigt im Mittel um 16,7%), und den Fällen mit unveränderter Eingruppierung (effektives Relativgewicht sinkt im Mittel um 1,2%).

Abschließend ist anzumerken, dass diese Erlösbetrachtung zu intensivmedizinischen Fällen zwar eine relevante Fallmenge untersucht, aber als Ausschnittsbetrachtung dennoch nicht den vollen Umfang der Auswirkungen wiedergeben kann, u.a. weil

- Fälle unterhalb von 1.657 Aufwandspunkten des „Super-SAPS“ nicht einbezogen sind, obwohl in einer Vielzahl von Basis-DRGs (A11, A13, F36, G36, H36) bereits geringere Punktwerte gruppierungsrelevant sind, und
- wie in Kapitel 3.3.2 dargestellt, trotz ergänzender Datenabfrage nicht von einer vollständigen Erfassung der Fälle im Jahr 2013 ausgegangen werden kann.

Fälle mit hohem „Kinder-SAPS“

Eine ähnliche Analyse – erwartungsgemäß auf Basis geringerer Fallzahlen – wurde auch zur *intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter* („Kinder-SAPS“) durchgeführt. Hier wurden hochaufwendige Fälle einbezogen, die

- „Kinder-SAPS“-Werte von 981 oder mehr aufwiesen und
- vor wie nach Systemumbau in bewertete DRGs eingruppiert wurden und
- nicht in die (bisher wie zukünftig) nach anderen Kriterien als der intensivmedizinischen Behandlung differenzierten DRGs der MDC15 *Neugeborene* oder die DRGs für Transplantationen eingruppiert worden sind.

Hier ergibt sich für die 611 entsprechenden Fälle eine Erlössteigerung von relativ 5,5% oder absolut 3,15 Mio. € (rund 5.200 € pro Fall). Davon entfällt mit rund 1,61 Mio. € über die Hälfte auf die Universitätskliniken.

Auch dieses Ergebnis ergibt sich aus einer Mischung aus Auf- und Abwertungen und stellt keine isolierte Betrachtung von 2015 höher eingruppierten Fällen dar.

Kostenausreißer in „SAPS-DRGs“

Die beiden vorausgegangenen Analysen beinhalten zwar auch Erlösverbesserungen bei Kostenausreißern durch den Systemumbau zur Version G-DRG 2015, beschränkten sich aber nicht auf diese, sondern schlossen alle Fälle mit den beschriebenen Kriterien mit ein.

Im Gegensatz dazu bezieht sich die dritte Analyse ausschließlich auf Fälle, die Kostenausreißer im Sinne dieses Berichts darstellen. Hierzu wurde – analog der in Kapitel 3.4.4.2 im Abschnitt *Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer des G-DRG-Systems 2013* beschriebenen Vorgehensweise – für Kostenausreißerfälle (Upper und Lower) gemäß G-DRG-System 2013 untersucht, wie sich die Kostendeckung der identischen Fälle bei einer Abrechnung nach dem Fallpauschalen-Katalog 2015 verändert. Das Ergebnis gibt somit in erster Linie die Auswirkungen der Veränderungen der DRG-Klassifikation von 2013 nach 2015 wieder und ist (aufgrund der identischen Fallmenge) unbeeinflusst von Leistungsveränderungen in den Häusern.

Untersucht wurden alle Fälle der typischen „SAPS-DRGs“:

- DRGs der Prä-MDC für Fälle mit Beatmung über 95 Stunden (Basis-DRGs A06, A07, A09, A11, A13) und
- DRGs für intensivmedizinische Komplexbehandlung ohne Beatmung über 95 Stunden in den einzelnen MDCs (Basis-DRGs A36, B36, E36, F36, G36, H36, I26, L36, R36, T36, W36)

Wie oben im Abschnitt *Patienten mit sehr hohem „Super-SAPS“* dargestellt, wurden auch hier nicht lediglich die durch den Umbau höhergruppierten Fälle untersucht, sondern alle Kostenausreißer der beschriebenen DRGs. In Summe waren dies 1.901 Fälle.

Diese Extremkostenfälle (alle KH) zeichnen sich in der Erlösbetrachtung nach dem G-DRG-System 2013 durch eine nennenswerte mittlere Kostenüberdeckung pro Fall aus, die sich bei Bewertung mit dem Fallpauschalen-Katalog G-DRG 2015 sogar noch deutlicher darstellt.

Für die Ausreißerfälle dieser DRGs aus der Krankenhausgruppe KHUniMax ergibt sich nach dem G-DRG-System 2013 eine minimale Kostenunterdeckung. Nach dem Systemumbau 2015 verändert sich dies zu einer deutlichen Kostenüberdeckung von über 2.900 € je Ausreißerfall.

Insgesamt verbessert sich die Kostendeckung der o.g. 1.901 Extremkostenfälle um rund 4,1 Mio. €, pro Fall also um ca. 2.190 €. Davon entfallen über 2,6 Mio. € auf die Fälle der Krankenhausgruppe KHUniMax, obwohl diese (mit 812 Ausreißern in den o.g. DRGs) deutlich weniger als die Hälfte der analysierten Fälle stellt.

Dass rund 64% der Erlösverbesserung auf die Krankenhausgruppe KHUniMax entfällt, obwohl diese nur rund 43% der analysierten Fälle stellt, zeigt (wie auch bereits die beiden vorangegangenen Analysen), dass der Klassifikationsumbau zum „Super-SAPS“ für das G-DRG-System 2015 überdurchschnittlich stark der Krankenhausgruppe KHUniMax zugutekommt.

Zwischenfazit

Am Beispiel der oben dargestellten Systemveränderungen des G-DRG-Algorithmus für 2015 wird ersichtlich, dass auch massive Verbesserungen der Vergütung von Kostenausreißerfällen wie auch eine verbesserte Abbildung der Leistungen von Universitätskliniken und Maximalversorgern weiterhin durch die reguläre Systemweiterentwicklung zu erreichen sind.

Ebenso illustriert der dargestellte Umbau zur Intensivmedizin gut, auf welchen wesentlichen Voraussetzungen diese gelungene und in höchstem Maße erlöswirksame Weiterentwicklung beruht:

- Trennscharfe und operationalisierbare Beschreibung der hochaufwendigen Fälle (hier mittels OPS)
- Sachgerechte Kostenkalkulation, die in der Lage ist, auch sehr teuren Fällen verursachungsgerecht realitätsnahe Kosten zuzuweisen
- Problembewusstsein für Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere aufgrund von Hinweisen aus der Extremkostendatenbank, Eingaben im Vorschlagsverfahren oder internen Analysen

Auch nach über zehn Jahren der konsequenten Weiterentwicklung erscheinen die Möglichkeiten zur Systementwicklung noch bei Weitem nicht ausgereizt. Die Verbesserung der Abbildung hochaufwendiger Fälle wird auch weiterhin eines der zentralen Elemente des lernenden Systems sein.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung

Für die Erstellung des Extremkostenberichts wurden die Daten von 247 Krankenhäusern aus der Kalkulationsstichprobe analysiert.

Für eine aggregierte Betrachtung wurden die DRGs in die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD unterteilt (vgl. Kap. 3.4.2). Die Leistungsgruppen unterscheiden sich durch den Charakter der Leistungserbringung. Die in der Leistungsgruppe DRGAVL bzw. DRGRegelVUD zusammengefassten Leistungen sind durch eine eher allgemeine Versorgungssituation gekennzeichnet, d.h. diese Leistungen werden typischerweise von vielen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Die in der Leistungsgruppe DRGSVL bzw. DRGMaxVUD zusammengefassten Leistungen sind durch eine eher spezielle Versorgungssituation gekennzeichnet, d.h. diese Leistungen werden typischerweise von wenigen Krankenhäusern in Deutschland erbracht.

Für die Krankenhäuser wurden ebenfalls zwei Krankenhausgruppen gebildet: KHUniMax mit 17 Krankenhäusern (Universitätskliniken und Maximalversorger) sowie die anderen 230 Krankenhäuser (KHAndere).

Im Ergebnis ist festzuhalten:

1. Das wahre Ausmaß der Belastung durch Kostenausreißer ist unbekannt, da aufgrund der Fülle der zu analysierenden Fälle die umfangreichen Einzelfallplausibilisierungen nur zu einem Teil abgearbeitet werden konnten. Zudem gingen bis zum Ende der Analyse zu einem nennenswerten Teil der detailliert nachgefragten Fälle keine Rückmeldungen ein.

2. Die Kostenunter- und -überdeckungen der Lower- und Upper-Kostenausreißer gleichen sich innerhalb der Gruppe der Kostenausreißer nicht aus; vielmehr entstehen insgesamt Kostenunterdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer.
3. Den 80 Krankenhäusern mit höherer durchschnittlicher Belastung durch Kostenausreißer je Fall stehen 167 Krankenhäuser mit niedrigerer durchschnittlicher Belastung durch Kostenausreißer je Fall gegenüber. Damit ist für die Mehrheit der Krankenhäuser die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall geringer, als in der Analysemenge aufgrund der individuellen Leistungsportfolios zu erwarten gewesen wäre.
4. Die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen einen höheren durchschnittlichen Belastungsindex durch Kostenausreißer je Fall auf als die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere.
5. Der Anteil an Kostenausreißern ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere; die Unterschiede in den identifizierten Anteilen sind für zahlreiche DRGs signifikant.
6. In der Analyse der durch Kostenausreißer verursachten Unterdeckung nach Leistungsgruppen zeigt sich, dass die Belastung durch Kostenausreißer in den Leistungsgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist. Während sich die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung (DRGAVL und DRGRegelVUD) durch eine Kostenunterdeckung auszeichnen, zeigen die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der speziellen Leistungsgruppen (DRGSVL und DRGMaxVUD) eine Kostenüberdeckung. Dabei ist die durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD und die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD am deutlichsten ausgeprägt.

Die Analysen der Kostenausreißer haben zahlreiche Leistungen identifiziert, die anhand dokumentierter Merkmale einer sachgerechten Vergütung innerhalb des G-DRG-Systems durch eine Klassifikationsänderung (Zuordnung zu anderen DRGs ab 2015) zugeführt werden konnten (vgl. Kap. 3.3). Einige Anhaltspunkte für Klassifikationsänderungen haben sich im Verlauf erst zu einem so späten Zeitpunkt des Kommunikationsprozesses zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern ergeben, dass die gewonnenen Erkenntnisse erst in das G-DRG-System 2016 Eingang finden können. So scheint für eine deutliche Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit von kinderonkologischen Fällen eine verfeinerte Kalkulation der zusätzlichen Entgelte nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer zielführend zu sein. Die Analysen haben allerdings auch gezeigt, dass einige Themenkomplexe erst weiter aufgearbeitet werden müssen, damit diese einer klassifikatorischen Lösung zugeführt werden können. Beispielhaft sei an dieser Stelle die Abbildung der Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion genannt, bei der einerseits die Leistungsdokumentation mittels OPS-Kodes zur Schärfung der differenzierten Darstellung der arbeitsteiligen Aufbereitung der Transplantate verbessert werden und andererseits die Kostenkalkulation der dann verbesserten Leistungsdokumentation folgen muss.

Die Ursachen für die Kostenüber- und -unterdeckungen sind vielfältig und lassen sich nicht auf einfache Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge reduzieren. Die Auslastung der Stationen scheint beispielsweise in der Neonatologie ursächlich für hohe Kosten zu sein. Eine Auslastungsproblematik kann durch vielfältige, interdependente Ursachen entstehen; diese Ursachenanalyse kann nicht Gegenstand der Analysen im Rahmen der Erstellung des Extremkostenberichts sein.

Für die sachgerechte Vergütung von teilweise auftretenden hohen Einzelkosten, z.B. bei Medikamenten oder Implantaten, wurden im G-DRG-System Zusatzentgelte eingeführt. Die Analysen haben gezeigt, dass die Etablierung von Zusatzentgelten zielführend war. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass teilweise Medikamente, für die keine Zusatzentgelte etabliert wurden, bei Kostenausreißern eine Ursache für die Kostenunterdeckung darstellen können. Gleichwohl erfüllen diese Medikamente weiterhin nicht die Bedingungen zur allgemeinen Etablierung eines Zusatzentgelts – als Beispiel seien hier Antibiotika genannt. Der sachgerechte Umgang mit der Vergütung in dieser Situation sollte in der Selbstverwaltung für die Zukunft diskutiert werden.

Einige als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gekennzeichnete Verfahren (z.B. Gabe von Defibrotiden) verursachen ebenfalls Kostenunterdeckungen. Allerdings zeigen die Analysen, dass häufig eine fehlende Abrechnung (aus vielfältigen Gründen) ursächlich für Kostenunterdeckungen ist. In einigen Fällen ergibt sich die fehlende Abrechnungsmöglichkeit aus der Vergabe des entsprechenden NUB-Status im Rahmen des NUB-Anfrageverfahrens. Hinsichtlich der Vergabe des NUB-Status sollte daher diskutiert werden, ob eine differenziertere Statusvergabe ins Auge gefasst werden sollte. Damit würde ermöglicht, für besondere Fälle eine Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen, während für „Standardfälle“ mit Kosten innerhalb der normalen Schwankungsbreite der kalkulierten DRG weiterhin keine Abrechnungsfähigkeit vorzusehen wäre.

Unter Würdigung der vorgenannten Einschränkungen lassen sich die in Kapitel 1.2.2 aufgeführten Fragen wie folgt beantworten:

1. *Gibt es in den Krankenhäusern auf DRG-Ebene oder auf Hausebene aufgrund von Kostenausreißern relevante Kostenunterdeckungen?*

Wie im vorliegenden Bericht detailliert dargestellt, zeichnen sich im Gesamtsystem die Kostenausreißer durch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung aus. Die aggregierte Betrachtung auf Leistungsebene (DRG-Gruppen) bzw. auf Ebene der Krankenhausgruppen zeigt ebenfalls eine relevante Kostenunterdeckung für die Ausreißer.

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

Der Umfang der Unterdeckung durch Kostenausreißer insgesamt wie auch ggf. Vorhandensein und Ausmaß eines möglichen Ausgleichs unterdeckter Upper-Kostenausreißer durch überdeckte Lower-Kostenausreißer ist stark abhängig von der Leistungs- und Krankenhausgruppe. Diese Aussage gilt selbstverständlich noch verstärkt für einzelne Häuser oder einzelne DRGs. Rund 38% der DRGs zeichnen sich durch eine Gesamtüberdeckung der Kostenausreißer aus; diese DRGs enthalten rund 27% der Fälle der Analysemenge.

3. *Sind saldierte Kostenunter- und Kostenüberdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt?*

Kostenunter- bzw. -überdeckungen durch Ausreißer sind auf DRG-Ebene und auf Hausebene stark unterschiedlich zwischen den Krankenhäusern verteilt. Die Belastung durch Kostenausreißer ist auf der Hausebene stark vom Leistungsportfolio abhängig. Jedoch zeigen sich auch in einer an das jeweilige Leistungsportfolio der Häuser ange-

passten Analyse noch erhebliche Unterschiede zwischen den Häusern hinsichtlich ihrer Belastung durch Kostenausreißer.

Rund 55% der Häuser zeichnen sich durch eine Überdeckung der Kostenausreißer aus. Damit zeigen rund 45% der Häuser eine Unterdeckung der Kostenausreißer.

4. Wie stellen sich Kostendeckungssalden auf DRG-Ebene oder auf Hausebene im Zeitverlauf dar?

Da es sich um den ersten Extremkostenbericht handelt, ist eine Analyse im Sinne einer mehrjährigen Betrachtung zur Entwicklung von Kostendeckungssalden noch nicht möglich.

Die Analyse und der Vergleich der Kostendeckungssalden als Folge der Veränderungen im DRG-System sind nicht überlagerungsfrei möglich, da sich im Zeitverlauf zugleich Veränderungen der zugrunde liegenden Falldatenmengen wie auch bei der Anwendung der Verteilungsfunktionen ergeben. Die durch die Veränderungen der DRG-Eingruppierungssystematik, die Änderungen der verwendeten Fallmenge sowie die dynamisch angewendeten Verteilungsfunktionen entstehenden Extremkosteneffekte lassen sich nicht voneinander trennen.

Betrachtet man isoliert die Auswirkungen der Systemweiterentwicklung von 2013 nach 2015, indem man, wie unter 3.4.4.3 dargestellt, die Menge der Kostenausreißerfälle aus 2013 unverändert beibehält, zeigt sich eine deutliche Verbesserung der Vergütung der Kostenausreißer.

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

Im Rahmen der Entwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2015 konnten im dargestellten Maße Patientenmerkmale für Extremkostenfälle identifiziert und durch Anpassungen in der G-DRG-Systematik Verbesserungen bei der Vergütung dieser Kostenausreißer herbeigeführt werden (siehe hierzu Kap. 3.3). Die konkrete Verbesserung der Kostendeckung dieser Fälle ist, wie ausgeführt, nicht exakt ermittelbar.

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

Der größte Erklärungsbeitrag für die unterschiedliche Belastung mit Kostenausreißern ergibt sich durch das individuelle Leistungsportfolio der Krankenhäuser.

So gibt die Bettenzahl oder die Versorgungsstufe allein keinen eindeutigen Hinweis auf die zu erwartende Belastung mit Kostenausreißern.

Die untersuchte Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt im Durchschnitt eine signifikant erhöhte Belastung durch Kostenausreißer hinsichtlich des Anteils an Kostenausreißern wie auch des Umfangs der Unterdeckung. Nur wenige Häuser aus dieser Krankenhausgruppe sind unterdurchschnittlich mit Kostenausreißern belastet.

Allerdings finden sich auch in der Krankenhausgruppe KHAndere Häuser mit überdurchschnittlicher Belastung hinsichtlich des Anteils an Kostenausreißern.

7. *Lassen sich Ursachen von Kostenausreißern und Belastungsunterschieden zwischen Krankenhäusern ermitteln, die nicht auf Unwirtschaftlichkeiten zurückzuführen sind?*

Diese Frage lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht analysieren, da bei den multifaktoriellen Einflüssen auf die Leistungen und Kosten nicht zweifelsfrei festgestellt werden kann, welcher Einflussfaktor mit welchem Beitrag die Ursache für identifizierte Auffälligkeiten darstellt. Im Einzelfall mag dies sogar noch möglich sein, in einer Krankenhaus- oder DRG-bezogenen Analyse allerdings nicht. Darüber hinaus ist anzumerken, dass nicht abschließend geprüft werden kann, in welchem Umfang ggf. Kostenunter- und -überdeckungen durch die Kostenkalkulation entstehen, ohne dass dies durch die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK zu identifizieren wäre.

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die präsentierten Ergebnisse unter den folgenden Aspekten zu würdigen sind:

1. Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse werden auch durch die verwendete Methodik zur Berechnung der bereinigten Kosten bedingt. Würden die Kosten nach einer anderen Methodik bereinigt werden, hätte dies Auswirkungen auf die funktionale Form der betrachteten Verteilungsfunktionen und damit auf die Grenzwerte zur Bestimmung der Lower- und Upper-Kostenausreißer. Die differierenden funktionalen Verläufe und Grenzwerte würden dann im Ergebnis auch andere Fälle als Lower- und Upper-Kostenausreißer identifizieren.
2. Die vorgegebene Methodik zur Bestimmung von Kostenausreißern führt definitionsgemäß dazu, dass bei einer Analysemenge von rund vier Millionen Fällen die Anzahl der Kostenausreißer zwischen 248.000 und 290.000 Fällen liegt. Diese Anzahl von Fällen lässt sich in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht einmal annähernd mit der gebotenen Güte analysieren. Entsprechend wurde nur ein Teil der Kostenausreißer (mit den ausgeprägtesten Werten) einer ausführlichen Analyse zugeführt.
3. Damit verbleibt ein gewisses Maß an Ungenauigkeit hinsichtlich der Datenqualität der Kalkulationsdatensätze für Kostenausreißer, insbesondere in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD, die sich durch DRGs mit hohen Fallzahlen auszeichnen.
4. Die Analyse der Kostenausreißer für den Extremkostenbericht wurde erstmals durchgeführt. Die Analyse erfolgte auf Basis der Daten des Jahres 2013. Damit kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass einige Ergebnisse reine Zufallsergebnisse sind, die sich in der kommenden Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2014 nicht replizieren lassen.
5. Von den 1.443 Fällen der Einzelnachfragen können rund 30% durch Kalkulationsauffälligkeiten oder Übermittlungsfehler in der Entgelte-Datei erklärt werden.

Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen muss der vorliegende Bericht als Ergebnis einer erstmaligen Untersuchung angesehen werden. Verallgemeinerungen dieser Ergebnisse sind damit allenfalls eingeschränkt möglich.

4 Ausblick

Der vorliegende Extremkostenbericht ist unter Berücksichtigung der Tatsache zu lesen, dass die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern in dieser Form bislang nicht durchgeführt wurde. Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK sorgen abstrahierend vom Einzelfall dafür, dass eine qualitativ hochwertige Datengrundlage für die Pflege und Weiterentwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems geschaffen wird. Gleichwohl wurden auch in der Vergangenheit auffällige Kostenwerte (nach oben und nach unten) einer sorgfältigen Prüfung unterzogen. Mit der nunmehr durchgeführten vertiefenden Analyse von Kostenausreißern haben sowohl das InEK als auch die Kalkulationskrankenhäuser Neuland betreten. Entsprechend mussten sich auch die Kommunikationsprozesse erst im Laufe der Zeit einspielen. Die fehlende Routine im Informationsaustausch zu den Kostenausreißern zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern hat u.a. dazu geführt, dass die Belastung des InEK und insbesondere der Kalkulationskrankenhäuser auf ein sehr hohes Maß angehoben wurde.

Die jährliche Erstellung eines Extremkostenberichts ist ein kontinuierlich zu verbessernder Prozess, der im Jahr 2014 erstmals durchgeführt wurde. Sowohl im InEK als auch in den Kalkulationskrankenhäusern lagen noch keine Strukturen für einen reibungslosen Kommunikationsprozess vor. Diese Strukturen wurden im Laufe des Jahres aufgebaut, bedürfen aber sicherlich noch einer kontinuierlichen Überarbeitung zur Optimierung des gemeinsamen Miteinanders. Bedingt durch die Erstmaligkeit der Analyse mussten einige interessierende Fragestellungen offen bleiben; dies betrifft beispielsweise die vertiefende Analyse der unterschiedlichen Verteilung der Kostenausreißer auf die einzelnen DRGs, mögliche Zusammenhänge zwischen Kostenausreißern und Verweildauer sowie die Korrelation mit der Leistungserbringung durch bestimmte Krankenhäuser.

Die gewonnenen Erkenntnisse aus den Analysen und dem Kommunikationsprozess des Jahres 2014 werden genutzt, um das Verfahren zur Analyse der Kostenausreißer im kommenden Jahr zu verfeinern. Im Fokus steht dabei u.a. eine Verbesserung des Kommunikationsprozesses dahingehend, dass die Belastung der Kalkulationskrankenhäuser deutlich reduziert wird. Eine Vielzahl von Rückfragen an die Kalkulationsteilnehmer liegt in der Natur der Sache und kann nicht vermieden werden; allerdings können Redundanzen abgebaut und Fragestellungen präzisiert werden.

Aufgrund der Belastung mit der Kostenkalkulation in den Kalkulationskrankenhäusern und auch im InEK konnten zahlreiche Rückfragen erst im Herbst (bis in den November hinein) abschließend geklärt werden. Eine Fertigstellung des Extremkostenberichts zu Mitte Januar gibt einer abschließenden vertiefenden Betrachtung der Analyseergebnisse keinen Raum. Entsprechend sollte über eine Verschiebung des Abgabetermins des Extremkostenberichts für die kommenden Jahre nachgedacht werden. Eine Verschiebung auf den 28. Februar würde die erhebliche Belastung zeitlich strecken. Eine vertiefende Analyse erfordert den Aufbau solider Strukturen zur Bearbeitung der Fallabfragen sowohl durch das InEK als auch durch die Krankenhäuser.

Hinweise für weitere Anpassungen in der Klassifikation werden für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2016 untersucht und bei Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit entsprechend umgesetzt. Arbeiten zu Themenkomplexen, die einer mehrjährigen Entwicklung bedürfen, werden begonnen, um die angestrebte Verbesserung der sachgerechten Vergütung schnellstmöglich umsetzen zu können.

Diskussionen mit den Kalkulationsteilnehmern haben darüber hinaus ergeben, dass einige Auffälligkeiten bei Kostenausreißern ihre Ursache in unklaren Formulierungen im Kalkulationshandbuch haben. Für die Kalkulation werden entsprechende Klarstellungen

für die zukünftigen Kalkulationen herausgegeben, um die Anzahl der formulierungsbedingten Auffälligkeiten deutlich zu reduzieren.

Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass wir den Kalkulationskrankenhäusern mit den zahlreichen Rückfragen zu Kostenausreißerfällen im Laufe des Jahres erhebliche Mühen bereitet haben. Der vorliegende Bericht und die aus den zahlreichen Rückmeldungen der Krankenhäuser resultierenden Erkenntnisse für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wären ohne den überaus engagierten und konstruktiven Umgang mit den Rückfragen nicht möglich gewesen. Die Anzahl der Rückfragen ist bedingt durch die Art der Analyse allerdings nicht gleichmäßig auf die Kalkulationsteilnehmer verteilt gewesen; insbesondere die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUni-Max haben einen erheblichen Anteil an der Gesamtbelastung zu tragen gehabt. Dieser Tatsache Rechnung tragend, ist anzustreben, in den kommenden Jahren eine Verbesserung in den Abläufen zu etablieren, damit die engagierte und konstruktive Unterstützung durch die Kalkulationsteilnehmer effizient für die Systempflege eingesetzt werden kann.

Zu überdenken wären auch einige Details in der Vorgehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer. Die in Kapitel 2.1 beschriebene Vorgehensweise zur Identifikation von Kostenausreißern führt in einigen Fällen zu einer mehrgipfeligen Verteilungsfunktion. Mehrgipfeligkeit kann durch die verwendeten theoretischen (stets eingipfeligen) Verteilungsfunktionen nicht adäquat abgebildet werden. Aus der suboptimalen Abbildung folgt automatisch eine nicht zur empirischen Häufigkeitsverteilung passende Auswahl von Kostenausreißern. Die Herausnahme der Ein-Belegungstag-Fälle bei impliziten Ein-Belegungstag-DRGs ist ein großer Schritt in die richtige Richtung zur Reduzierung dieser Problematik; weitere Analysen sind für eine Verbesserung der Abbildung erforderlich.

5 Anhang

DRG-Informationen

Für die 1.149 bewerteten DRGs des G-DRG-Systems 2015 werden die **Verteilungszuordnungen** (vgl. Kap. 2.1 und 3.4.1) sowie die **Kategorisierung der Leistungen** (vgl. Kap. 3.4.2) dargestellt.

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungszuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und mit intensivmed. Komplexbehandlung > - / 3680 / 3680 Aufwandspunkte	00	Gamma	nein	nein	nein	ja
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Punkte	00	Gamma	nein	nein	nein	ja
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose	00	Gamma	nein	nein	ja	nein
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Eingr. und int. Komplexbeh. > -/2208/- P.	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. und Alter < 16 Jahre	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754/1656/2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 und < 1765/1657/2209 Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur	00	Gamma	nein	nein	ja	nein
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur	00	Gamma	nein	nein	ja	nein
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkompl. Eingriff oder Alter < 2 J. bei angeb. Fehlbildung od. mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 J.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst., od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
A11C	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A11D	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
A11E	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre	00	Gamma	nein	nein	nein	ja
A11F	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 Jahre	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose od. Prozedur, mit äußerst schweren CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation	00	Gamma	nein	nein	nein	ja
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 828 / - P.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	nein	ja	nein
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	00	Weibull	nein	nein	nein	ja
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 1177 / 1657 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag	00	Weibull	nein	nein	ja	nein
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC	00	Weibull	nein	ja	nein	ja
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation	00	Gamma	nein	ja	nein	ja
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder Alter < 6 Jahre und auß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und auß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
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	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
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	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösart. Neubild. od. mit schw. CC od. mit intraop. Monitoring od. Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit auß. schw. CC	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B05Z	Dekompression bei Karpal隧unnelsyndrom	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplizierender Diagnose oder Implantation Ereignis-Rekorder	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Implantation Ereignis-Rekorder, mit komplexem Eingriff	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne Impl. Ereign.-Rek., ohne schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne auß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre	01	Weibull	nein	ja	nein	ja
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation	01	Weibull	nein	ja	nein	ja
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
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	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B44B	Geriatrische frührehab. Komplexbehandlung bei Krankh. u. Stör. d. Nervensyst. m. schw. mot. Funktionseinschr., mit and. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls od. oh. schw. mot. Funktionseinschr., m. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder ohne schwere mot. Funktionseinschränkung, mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag	01	Weibull	nein	nein	ja	nein
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	01	Gamma	ja	nein	ja	nein
B64Z	Delirium	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	01	Weibull	nein	ja	nein	ja
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung	01	Weibull	nein	nein	ja	nein
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose	01	Weibull	nein	nein	ja	nein
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC	01	Weibull	nein	nein	nein	ja
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne auß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit auß. schw. CC	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolysse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.	01	Weibull	nein	nein	nein	ja
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolysse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolysse	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolysse	01	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	01	Weibull	nein	nein	nein	ja
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag	01	Gamma	ja	nein	ja	nein
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	01	Gamma	nein	nein	nein	ja
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	DRG	DRG	DRG	DRG
			gem. kleinstem	AVL	SVL	Regel	Max
			quadrat. Abstand	VUD	VUD	VUD	VUD
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. auß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	01	Gamma	ja	nein	ja	nein
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 15 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B73Z	Virusmeningitis	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B75Z	Fieberkrämpfe	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, mit angeborener Fehlbildung	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B76D	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B77Z	Kopfschmerzen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B80Z	Andere Kopfverletzungen	01	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose	01	Gamma	ja	nein	ja	nein
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
B84Z	Vaskuläre Myelopathien	01	Weibull	nein	nein	nein	ja
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen	01	Weibull	nein	nein	ja	nein
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose	01	Weibull	nein	nein	ja	nein
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet	01	Weibull	nein	nein	nein	ja
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung	02	Gamma	nein	ja	nein	ja
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung	02	Weibull	nein	ja	nein	ja
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates	02	Weibull	nein	ja	nein	ja
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C05Z	Dakryozystorhinostomie	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)	02	Weibull	nein	ja	ja	nein
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	02	Gamma	nein	ja	ja	nein
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse	02	Weibull	nein	nein	ja	nein
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand	02	Gamma	nein	ja	nein	ja
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider	02	Gamma	nein	nein	ja	nein
C13Z	Eingriffe an Tränenröhre und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
C14Z	Andere Eingriffe am Auge	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina	02	Gamma	nein	ja	nein	ja
C16Z	Aufwändige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen	02	Weibull	nein	nein	nein	ja
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	02	Gamma	nein	nein	ja	nein
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	02	Weibull	nein	nein	ja	nein
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges	02	Gamma	nein	nein	ja	nein
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges	02	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	02	Weibull	nein	nein	ja	nein
D01B	Kochleaimplantation, unilateral	03	Gamma	nein	ja	nein	ja
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC	03	Gamma	nein	ja	nein	ja
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC	03	Weibull	nein	ja	nein	ja
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr	03	Gamma	nein	ja	nein	ja
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre	03	Gamma	nein	ja	nein	ja
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
D05A	Komplexe Parotidektomie	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien	03	Gamma	nein	nein	ja	nein
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre	03	Gamma	nein	ja	nein	ja
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Weibull	nein	ja	nein	ja
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen	03	Gamma	nein	nein	nein	ja
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag	03	Weibull	nein	nein	nein	ja
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik	03	Gamma	nein	ja	ja	nein
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC	03	Weibull	nein	ja	nein	ja
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff	03	Weibull	nein	ja	nein	ja
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff	03	Weibull	nein	ja	nein	ja
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Gamma	nein	nein	nein	ja
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Ingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne auß. 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.	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	03	Gamma	nein	nein	ja	nein
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spalt Nase oder Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spalt Nase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung	03	Gamma	nein	nein	ja	nein
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	03	Gamma	nein	nein	ja	nein
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus	03	Weibull	nein	nein	ja	nein
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus	03	Weibull	ja	nein	ja	nein
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre	03	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre	03	Gamma	nein	nein	ja	nein
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle	03	Gamma	nein	nein	ja	nein
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre	04	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwändigem Eingriff, Alter > 9 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag	04	Weibull	nein	ja	nein	ja
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC	04	Gamma	nein	nein	nein	ja
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre, mit offen chirurgischer Pleurolyse oder mit bestimmten atypischen Lungenresektionen	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse, ohne bestimmte atypische Lungenresektionen	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden	04	Weibull	nein	nein	nein	ja
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	04	Gamma	nein	nein	nein	ja
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Gamma	nein	nein	nein	ja
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / - / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit auß. schw. CC oder ARDS	04	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie	04	Weibull	nein	nein	ja	nein
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC	04	Weibull	nein	ja	nein	ja
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	04	Gamma	nein	nein	nein	ja
E63Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit auß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit auß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie	04	Weibull	nein	nein	ja	nein
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	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr, ohne RS-Virus-Infektion	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode oder Alter < 16 Jahre außer bei Hyperventilation	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie	04	Weibull	nein	nein	ja	nein
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre	04	Weibull	nein	ja	ja	nein
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte	04	Weibull	nein	ja	nein	ja
E77B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Z.n. Organtransplantation	04	Weibull	nein	nein	nein	ja
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Z.n. Organtransplantation, mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit sehr komplexer Diagnose mit äußerst schweren oder schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E77H	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
E77I	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage	04	Gamma	nein	nein	ja	nein
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff	05	Weibull	nein	nein	nein	ja
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie	05	Weibull	nein	ja	nein	ja
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	05	Gamma	nein	nein	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
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	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff	05	Weibull	nein	ja	nein	ja
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
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	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
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	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma oder komplexem Aorteneingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit auß. schw. CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, mit auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., mit Mehretagen- oder Aorteneingr. oder Reoperation, ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F09A	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
F09B	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F09C	Andere kardiotorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA oder Implantation mit Revision mit komplexem Eingriff, mit auß. schw. CC oder mit Sondenentf. mit Excimer-Laser od. Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne auß. schw. CC, oh. ablativ. Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne äußerst schwere CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
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	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminale Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	05	Weibull	nein	nein	nein	ja
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 15 Jahre	05	Weibull	nein	nein	nein	ja
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern	05	Weibull	nein	ja	nein	ja
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > - / 1104 / 1104 P., mit bestimmter OR-Proz. od. > 588 / 552 / 552 P. mit endovaskulärem Aortenstentgraft oder minimalinvasiver Eingriff an mehr. Herzklappen	05	Weibull	nein	nein	nein	ja
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, mit komplexer Diagnose	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff	05	Weibull	ja	nein	ja	nein
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung	05	Weibull	nein	nein	nein	ja
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne komplizierende Diagnose, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit auß. schweren CC oder Rotationstrombektomie	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F59B	Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konstell., ohne Revis., ohne kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., ohne best. beids. Gefäßeingr., ohne auß. schw. CC, ohne Rotations thromb., mit aufwänd. Eingr. od. best. Diagn. od. Alt. < 16 J.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F59C	Mäßig kompl. Gefäßeingr. oder kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. auß. schwere CC, oh. Rot.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., mit best. Eingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F59D	Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. auß. schw. CC, oh. Rotat.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., oh. best. Eingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC	05	Weibull	ja	nein	ja	nein
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	05	Gamma	ja	nein	ja	nein
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre	05	Gamma	nein	nein	nein	ja
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
F73Z	Synkope und Kollaps	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre	05	Weibull	nein	nein	ja	nein
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre	05	Gamma	nein	nein	ja	nein
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofverschluss	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff	05	Gamma	nein	ja	nein	ja
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / - / - Aufwandspunkte	06	Gamma	nein	nein	nein	ja
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / - / - Punkte oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / - / - Punkte, ohne best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, mit kompliz. Diagnose	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit komplexem Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexen Eingriff	06	Weibull	nein	nein	ja	nein
G04A	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 J. oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 J., od. bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen mit auß. schw. CC, oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / - / - Punkte	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G04B	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit auß. schw. oder schweren CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Eingr. an abdom. Gefäßen	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsionolyse od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff	06	Weibull	nein	nein	nein	ja
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte lokale Exzision am Darm, mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G21C	Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC	06	Weibull	nein	nein	ja	nein
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G24A	Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand	06	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
G26Z	Andere Eingriffe am Anus	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC	06	Weibull	nein	nein	nein	ja
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	nein	ja
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem	06	Gamma	nein	nein	nein	ja
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein
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	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G46B	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schw. CC bei Kindern, oder Ösophagusperforation oder bestimmte Prozedur	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopien bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit schw. CC oder bei nicht schw. Erkr. der Verdauungsorgane, mit schw. CC bei Kindern, ohne Ösophagusperforation, ohne bestimmte Prozedur	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G50Z	Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC	06	Weibull	nein	nein	ja	nein
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC	06	Weibull	nein	nein	ja	nein
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmter komplizierender Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit Dialyse	06	Gamma	ja	nein	ja	nein
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder > 74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose	06	Gamma	ja	nein	ja	nein
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC	06	Gamma	ja	nein	ja	nein
G70A	Anderer schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
G70B	Anderer schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	06	Weibull	nein	nein	nein	ja
G71Z	Anderer mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G72A	Anderer leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G72B	Anderer leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	06	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
G74Z	Hämorrhoiden	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff	07	Gamma	nein	nein	nein	ja
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff	07	Gamma	nein	nein	nein	ja
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung	07	Weibull	nein	nein	ja	nein
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	07	Gamma	nein	nein	ja	nein
H06A	Anderer OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
H06B	Anderer OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation	07	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
H06C	Anderer OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation	07	Gamma	nein	nein	nein	ja
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	07	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC	07	Gamma	nein	nein	nein	ja
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff	07	Weibull	nein	nein	ja	nein
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	07	Weibull	nein	ja	nein	ja
H16Z	Anderer Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag	07	Weibull	nein	nein	nein	ja
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Weibull	nein	nein	nein	ja
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte	07	Gamma	nein	nein	ja	nein
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC	07	Gamma	nein	nein	ja	nein
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schweren CC	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie oder ERCP mit perkutan-transluminalen Verfahren	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 16 Jahre oder komplexer Eingriff, ohne perkutan-transluminales Verfahren	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, oder andere ERCP	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodeese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodeese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodeese	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodeese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
I05B	Anderer großer Gelenkersatz	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwer entz. Erkr. oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Halotraktion	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	
I06D	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Halotraktion	08	Gamma	nein	ja	nein	ja	
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	
I08A	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder äußerst schweren CC bei Zerebralparese und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	
I08B	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	
I08C	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	
I08D	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
I08E	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder Muskel- und Gelenkplastik	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
I08F	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	
I08G	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochentransplantation, außer bei Pseudarthrose, ohne Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten	08	Gamma	nein	nein	nein	ja
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., m. best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., mit best. WS-Osteosynthesen, od. bei Para- / Tetraplegie od. bei HWS-Fraktur, od. m. intervertebralen Cages > 2 Seg.	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., ohne best. WS-Osteosynthesen, ohne Para- / Tetraplegie ohne HWS-Fraktur, ohne intervertebrale Cages > 2 Seg.	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I10B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an Wirbels., Spinalkanal und Bandscheibe ohne auß. schw. CC od. best. and. Operationen an der Wirbels. mit auß. schw. CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei bestimmter Spinalkanalstenose oder bestimmten Bandscheibenschäden	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne bestimmte Spinalkanalstenose, ohne bestimmte Bandscheibenschäden	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität	08	Gamma	nein	nein	nein	ja
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriff am Humerus	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter Epiphysedese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufwändige Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne Pseudarthrose	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodesese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl. Eingr. an mehr. Strah., m. Knochenx. m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf. / Zehenstr.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritis oder bestimmtem Diabetes mellitus	08	Gamma	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochentransplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Ingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder bösartiger Neubildung und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung und schweren CC, ohne bestimmte Diagnose und komplexen Eingriff	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit schweren CC oder bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraction bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwändigen Eingriffen am Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraction bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I32A	Ingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Ingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwändigem rekonstruktiven Ingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochenx. bei Pseudarthrose der Hand	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I32B	Ingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Ingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Ingr., mit kompl. Ingr. od. b. angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. kompl. Ingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand u. Alter < 16 J.	08	Weibull	nein	nein	nein	ja
I32C	Ingr. an Handg. und Hand oh. mehrz. Ingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Ingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. oh. kompl. Ingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Ingr. od. kompl. Diag.	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff, oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 6 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität	08	Weibull	nein	ja	nein	ja
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment	08	Weibull	nein	nein	nein	ja
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopprothese oder Inlaywechsel Hüfte	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	08	Weibull	nein	nein	nein	ja
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie	08	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, mit komplexer Diagnose	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC und Alter > 65 Jahre, ohne komplexe Diagnose	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur	08	Gamma	ja	nein	ja	nein
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenkrankungen bei Para- / Tetraplegie	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose	08	Gamma	ja	nein	ja	nein
I71A	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I71B	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur	08	Gamma	ja	nein	ja	nein
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Gamma	ja	nein	ja	nein
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
I79Z	Fibromyalgie	08	Gamma	nein	nein	ja	nein
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur	08	Weibull	nein	nein	nein	ja
I97Z	Rheumatische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Weibull	nein	nein	ja	nein
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Gamma	nein	nein	nein	ja
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	nein	nein	ja
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.	09	Gamma	nein	nein	nein	ja
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. auß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Eingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Eingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC	09	Gamma	nein	nein	ja	nein
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisierung bei Hämangiome	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisierung bei Hämangiome, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisierung bei Hämangiome, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	09	Gamma	nein	nein	ja	nein
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwänd. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei Krankh. und Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders	09	Gamma	nein	nein	ja	nein
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwändige Rekonstruktion	09	Weibull	nein	nein	ja	nein
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	nein	nein	ja
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	09	Weibull	nein	nein	nein	ja
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik	09	Gamma	nein	nein	ja	nein
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	09	Gamma	nein	nein	ja	nein
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	nein	nein	ja
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose	09	Gamma	nein	nein	nein	ja
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag	09	Gamma	nein	nein	ja	nein
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	09	Gamma	nein	nein	ja	nein
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC	09	Weibull	nein	nein	ja	nein
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC	09	Gamma	ja	nein	ja	nein
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre	10	Gamma	nein	nein	nein	ja
K04A	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff	10	Gamma	nein	nein	nein	ja
K04B	Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff	10	Gamma	nein	nein	ja	nein
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösart. Neubild. mit auß. schw. CC oder Parathyreoidektomie mit auß. schw. oder schw. CC oder Thyreoidektomie durch Sternotomie bei bösart. Neubild. od. mit auß. schw. oder schw. CC	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Parathyreoidektomie	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC	10	Gamma	nein	nein	ja	nein
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	10	Weibull	nein	ja	nein	ja
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie	10	Gamma	nein	ja	nein	ja
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	10	Weibull	nein	ja	nein	ja
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	Weibull	nein	nein	ja	nein
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen	10	Weibull	nein	ja	nein	ja
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Weibull	nein	nein	ja	nein
K60B	Diabetes mellitus mit äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K60C	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K60D	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre	10	Gamma	ja	nein	ja	nein
K60E	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Weibull	nein	nein	ja	nein
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC	10	Gamma	ja	nein	ja	nein
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose	10	Weibull	nein	nein	nein	ja
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag	10	Weibull	nein	nein	nein	ja
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre	10	Weibull	nein	ja	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik	10	Gamma	nein	nein	ja	nein
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik	10	Gamma	nein	nein	ja	nein
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	10	Weibull	nein	nein	ja	nein
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektropie	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm	11	Gamma	nein	nein	ja	nein
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre	11	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein
L09A	Andere Eingriffe bei Erk. der Hamorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie, od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Hamorgane 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	11	Weibull	nein	nein	ja	nein
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Hamorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. auß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Hamorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraler Eingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm	11	Gamma	nein	nein	nein	ja
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Hamorgane, mehr als ein Belegungstag	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oder best. Eingr. Niere, ohne auß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatatares. u. kompl. Ureterorenoskopien, b. Para- / Tetrapl., m. auß. schw. CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostatataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostatataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostatataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Hambl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostatataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Hambl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Hamorgane	11	Weibull	nein	nein	nein	ja
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Hamorgane	11	Gamma	nein	nein	nein	ja
L37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Hamorgane	11	Gamma	nein	nein	ja	nein
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Hamorgane	11	Gamma	nein	nein	ja	nein
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Hamorgane	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	11	Gamma	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
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	11	Gamma	nein	nein	ja	nein
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	11	Weibull	nein	ja	ja	nein
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre	11	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre	11	Gamma	nein	nein	ja	nein
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 2 Jahre und Alter < 6 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder Alter < 90 Jahre	11	Gamma	ja	nein	ja	nein
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse	11	Gamma	nein	nein	ja	nein
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom	11	Weibull	nein	nein	nein	ja
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag	11	Gamma	nein	nein	nein	ja
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	12	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	12	Weibull	nein	nein	ja	nein
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC	12	Weibull	nein	nein	ja	nein
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M03A	Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
M03B	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden	12	Gamma	nein	nein	ja	nein
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, Alter < 3 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, Alter > 2 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds	12	Weibull	nein	nein	nein	ja
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	12	Gamma	nein	nein	nein	ja
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie	12	Gamma	nein	nein	nein	ja
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC	12	Gamma	nein	nein	ja	nein
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	12	Weibull	nein	nein	ja	nein
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC	12	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie	12	Weibull	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	13	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff	13	Gamma	nein	nein	nein	ja
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC	13	Weibull	nein	nein	nein	ja
N01E	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC	13	Weibull	nein	nein	nein	ja
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mit CC oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva	13	Gamma	nein	nein	nein	ja
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ohne CC	13	Gamma	nein	nein	ja	nein
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff oder selektive Embolisierung an viszeralen oder anderen abdominalen Gefäßen	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC	13	Gamma	nein	nein	ja	nein
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	13	Weibull	nein	ja	nein	ja
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Perturbation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	13	Weibull	nein	nein	ja	nein
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	13	Gamma	nein	nein	ja	nein
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	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen	13	Weibull	nein	nein	nein	ja
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag	13	Gamma	nein	nein	nein	ja
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N33Z	Mehrzellige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Weibull	nein	nein	nein	ja
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Gamma	nein	nein	nein	ja
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Gamma	nein	nein	ja	nein
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft	14	Gamma	nein	nein	nein	ja
O01B	Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. auß. schw. CC	14	Weibull	nein	nein	nein	ja
O01C	Sectio caes. m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer > 25 vollend. Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. mit kompl. Diag., mit od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff od. auß. schw. CC	14	Log-Normal	nein	nein	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	Gamma	nein	nein	ja	nein
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen	14	Gamma	nein	nein	ja	nein
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O02A	Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen od. mit intrauteriner Therapie od. kompliz. Konstellation od. best. Operation am Uterus od. Nephrektomie	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. Operation am Uterus, ohne Nephrektomie	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O03Z	Eingriffe bei Extrateringravität	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff	14	Gamma	nein	nein	ja	nein
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O05C	Intrauterine Therapie des Feten	14	Weibull	nein	ja	nein	ja
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation	14	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
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	14	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	14	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen (SSW) oder mit schweren CC oder 26 bis 33 SSW	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Placenta praevia oder ohne schwere CC, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen	14	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur	15	Gamma	nein	ja	nein	ja
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen	15	Gamma	nein	ja	nein	ja
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen	15	Gamma	nein	ja	nein	ja
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Weibull	nein	nein	nein	ja

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Gamma	nein	nein	nein	ja
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme	15	Gamma	nein	nein	nein	ja
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur	15	Gamma	nein	nein	nein	ja
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Gamma	nein	ja	nein	ja
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Weibull	nein	ja	nein	ja
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Gamma	nein	nein	nein	ja
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Gamma	nein	ja	nein	ja
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen	15	Gamma	nein	nein	nein	ja
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem	15	Gamma	nein	nein	ja	nein
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem	15	Weibull	nein	nein	ja	nein
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegeg. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem	15	Weibull	nein	nein	nein	ja
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem	15	Weibull	nein	nein	ja	nein
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.	15	Weibull	nein	nein	ja	nein
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose	15	Gamma	nein	nein	ja	nein
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag	15	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
Q01Z	Eingriffe an der Milz	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre	16	Weibull	nein	ja	ja	nein
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre	16	Weibull	nein	nein	nein	ja
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre	16	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre	16	Weibull	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	16	Gamma	nein	nein	ja	nein
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC	16	Gamma	nein	nein	nein	ja
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose	16	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre	16	Weibull	nein	nein	nein	ja
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC	16	Weibull	ja	nein	ja	nein
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur	17	Weibull	nein	nein	nein	ja
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R04A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
R04B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	17	Weibull	nein	nein	nein	ja
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	17	Weibull	nein	nein	nein	ja
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	17	Weibull	nein	nein	nein	ja
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	17	Gamma	nein	nein	ja	nein
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
R12A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R12B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
R12C	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
R13Z	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R14Z	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungsstag	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Weibull	nein	ja	nein	ja
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Gamma	nein	ja	nein	ja
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie	17	Gamma	nein	ja	nein	ja
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit auß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie	17	Gamma	nein	ja	nein	ja
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie	17	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie	17	Gamma	nein	nein	nein	ja
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie	17	Weibull	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung		Zuordnung zu Leistungsgruppen		
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	17	Gamma	nein	ja	nein	ja
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	17	Weibull	nein	nein	ja	nein
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	17	Gamma	nein	nein	ja	nein
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre	17	Weibull	nein	nein	ja	nein
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie	17	Gamma	nein	ja	nein	ja
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	17	Gamma	nein	ja	nein	ja
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schw. CC	17	Weibull	nein	ja	nein	ja
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC	17	Weibull	nein	ja	nein	ja
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC	17	Weibull	nein	ja	nein	ja
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
R63H	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Gamma	nein	ja	nein	ja
R63I	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	17	Gamma	nein	nein	ja	nein
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	18A	Log-Normal	nein	ja	ja	nein
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation	18A	Gamma	nein	ja	nein	ja
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	18A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC	18A	Gamma	nein	ja	nein	ja
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC	18A	Weibull	nein	nein	nein	ja
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja
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	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
T60C	Sepsis mit kompliz. Konstell. oder b. 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	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre	18B	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs-	Zuordnung zu			
			zuordnung	Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Gamma	nein	ja	nein	ja
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre	18B	Weibull	nein	nein	ja	nein
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose	18B	Weibull	ja	nein	ja	nein
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Weibull	nein	nein	ja	nein
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	19	Gamma	nein	nein	ja	nein
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	19	Gamma	nein	nein	ja	nein
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
U63Z	Schwere affektive Störungen	19	Gamma	nein	nein	ja	nein
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	19	Gamma	ja	nein	ja	nein
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
V40Z	Qualifizierter Entzug	20	Weibull	nein	nein	nein	ja
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit	20	Gamma	nein	nein	ja	nein
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	20	Weibull	nein	nein	ja	nein
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
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	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	21A	Gamma	nein	nein	nein	ja
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schw. CC	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne kompliz. Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC	21B	Weibull	nein	nein	ja	nein
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers	21B	Weibull	nein	ja	nein	ja
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten	21B	Weibull	nein	ja	nein	ja
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata	21B	Gamma	ja	nein	ja	nein
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Verteilungs- zuordnung	Zuordnung zu Leistungsgruppen			
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	22	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttranspl. außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierzeitige best. OR-Proz., oh. intens. Komplexb. > 588 / 552 / 552 P., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.	22	Weibull	nein	nein	nein	ja
Y02C	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, oh. komplizierende Diagnose, oh. komplexe Prozedur, oh. Dialyse, oh. Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Punkte	22	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre	22	Log-Normal	nein	nein	nein	ja
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre	22	Gamma	nein	nein	nein	ja
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	23	Gamma	nein	nein	ja	nein
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von Harnblasengewebe	23	Weibull	nein	nein	ja	nein
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)	23	Weibull	nein	ja	nein	ja
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	23	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik	23	Weibull	nein	ja	ja	nein
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik	23	Gamma	nein	ja	ja	nein
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaklanlass	23	Gamma	nein	ja	ja	nein
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaklanlass	23	Weibull	nein	nein	ja	nein
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung	23	Log-Normal	ja	nein	ja	nein
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende	23	Weibull	nein	ja	nein	ja
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta	-1	Weibull	nein	nein	ja	nein
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne kompl. Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne hochkomplexe OR-Prozedur, mit kompl. OR-Prozedur od. mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule od. Alter < 1 J. od. bei Para- / Tetraplegie	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
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	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht	-1	Log-Normal	nein	nein	ja	nein