

InEK

Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2018

Systematische Prüfung
statistisch ermittelter
Kostenausreißer des
Datenjahres 2016

Siegburg, den 28. Februar 2018

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	7
1 BEAUFTRAGUNG DES INEK	8
1.1 Gesetzliche Grundlage	8
1.2 Auftrag der Selbstverwaltungspartner	9
1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern	9
1.2.2 Eckpunkte für den Extremkostenbericht	10
1.3 Zentrale Vorgaben der Beauftragung	11
1.3.1 Definition von Fallkosten	11
1.3.2 Datenqualität des einzelnen Behandlungsfalls	12
1.3.3 Auswahl einer geeigneten Verteilung	13
1.4 Exkurs: Die verwendeten Verteilungsfunktionen	13
1.4.1 Logarithmierte Normalverteilung	14
1.4.2 Weibull-Verteilung	15
1.4.3 Gamma-Verteilung	15
2 VORGEHENSWEISE UND DATENGRUNDLAGE	16
2.1 Identifikation von Kostenausreißern	16
2.1.1 Technisches Vorgehen	17
2.1.2 Beispiel: Identifikation von Kostenausreißern für eine DRG	19
2.2 Spannungsfeld Systementwicklung – Extremkostenbetrachtung	22
2.2.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen	25
2.2.2 Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation	26
2.2.2.1 Report Kostenausreißer	26
2.2.2.2 Themenkomplexbezogene Nachfragen	29
2.2.2.3 Nachfrage von Einzelfällen	36
2.3 Zwischenergebnis Datenanalyse	36
3 PRÜFERGEBNIS UND VORSCHLÄGE	39
3.1 Kritische Würdigung der ermittelten Kostendeckung	39
3.1.1 Grundsätzliches	39
3.1.2 Falsch-niedrige Fallkosten	39
3.1.3 Falsch-hohe Fallkosten	41
3.1.4 Falsch-niedrige Erlöse	42
3.1.5 Falsch-hohe Erlöse	42
3.1.6 Übersicht	43
3.1.7 Nicht „falsch“ im hier beschriebenen Sinne	44
3.1.8 Sonderfall: Fälle nach Rechnungsprüfungen	45
3.1.9 Dimension des Fehlers und Ausmaß der Unter- oder Überdeckung	45

3.2	Themenkomplexbezogene Prüfergebnisse	47
3.2.1	Rücklauf der Einzelnachfragen	48
3.2.2	Thematische Gliederung	48
3.2.2.1	Intensivmedizinische Behandlung	49
3.2.2.2	Normalstation	51
3.2.2.3	Operative Behandlung und Anästhesie	51
3.2.2.4	Medikamente und ergänzende Daten	53
3.2.2.5	Dialyse	55
3.3	Überarbeitung der G-DRG-Klassifikation für 2018	55
3.3.1	Übersicht	55
3.3.2	Anpassungen bei der Abbildung von Kindern	56
3.3.3	Verbesserungen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung	57
3.3.4	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	58
3.3.5	Komplexe Vakuumbehandlung	59
3.3.6	Abbildung von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen	60
3.3.7	Patientenbezogener Gesamtschweregrad	61
3.3.8	Weitere klassifikatorische Umbauten	63
3.3.9	Auswirkungen neuer oder veränderter Zusatzentgelte und NUB	67
3.4	Analyse der Kostenausreißer	67
3.4.1	Übersicht über die Verteilungszuordnung	68
3.4.2	Kategorisierung der Leistungen	69
3.4.2.1	Allgemeine Versorgungsleistungen	69
3.4.2.2	Spezielle Versorgungsleistungen	70
3.4.2.3	Gesondert betrachtete Leistungsgruppen	71
3.4.3	Kategorisierung der Leistungserbringer	72
3.4.4	Ergebnisse	74
3.4.4.1	Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer	74
3.4.4.2	Analyse der Lower- und Upper-Fallanteile mit dem χ^2 -Test	79
3.4.4.3	Kostendeckung in den Analysegruppen	84
	Betrachtung der Kostenausreißer	86
	Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen	88
	Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen	90
	Kostenausreißer für Kinder	91
	Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer	95
	Zwischenfazit	98
3.4.5	Intertemporaler Vergleich auf Krankenhausebene	99
3.4.6	Belastung durch Kostenausreißerfälle	102
3.4.6.1	Durchschnittliche Kostendeckung der Kostenausreißer je Fall in Bezug zu den durchschnittlichen Kosten	103
3.4.6.2	Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio	104
3.4.6.3	Durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio	106
3.4.7	Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)	109
3.4.8	Korrelationsuntersuchungen zur Deckung der Kostenausreißer	115
3.4.8.1	Exkurs: Korrelation als Zusammenhangsmaß	115
3.4.8.2	Methodisches Vorgehen der Korrelationsuntersuchungen für die Deckung der Kostenausreißer	121
3.4.8.3	Aufdeckung von Inhomogenitätskorrelationen	123
3.4.8.4	Korrelationen mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer	138

Relative Verweildauer	139
Anzahl der kodierten Prozeduren und PCCL	143
Mittlere Deckung Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses	148
Zwischenfazit	150
3.4.8.5 Korrelation mit der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus	150
3.4.8.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Korrelationsuntersuchungen	159
3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung	160
4 AUSBLICK	166
5 ANHANG	168

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
Diff.	Differenz
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ED	Ergänzende Datenbereitstellung
ERCP	endoskopisch retrograde Cholangiopankreatikographie
etc.	et cetera
ff.	fortfolgend
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (Fallpauschalenvereinbarung 2016)
fzg.	fallzahlgewichtet
GAB	gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
ggf.	gegebenenfalls
gem.	gemäß
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GZF	Gleichzeitigkeitsfaktor
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
IG _M	Immunglobulin M
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
inkl.	inklusive
k_l	k lower – Kenngröße zur Berechnung des Grenzwertes für Kostenausreißer nach unten

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

u.v.a.m.	und viele[s] andere mehr
VBE 2016	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2016
vgl.	vergleiche
vs.	versus, gegenüber
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V.
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung) mit § 17b Abs. 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beauftragt, das InEK mit der systematischen Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern zu betrauen. Diesem gesetzlichen Auftrag sind die Selbstverwaltungspartner gefolgt. Zunächst wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppensitzung am 11. November 2013 ausführlich über die Details der Beauftragung insbesondere hinsichtlich der anzuwendenden Methodik beraten, was im Weiteren durch Abstimmungen im schriftlichen Umlaufverfahren finalisiert wurde. Die Beauftragung wurde abschließend im Spitzengespräch am 29. November 2013 konsentiert. Zum 31. Dezember 2014 war damit erstmals ein sogenannter Extremkostenbericht (für das Datenjahr 2013) vorzulegen, in dem die Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern aufgearbeitet wurde. Der vorliegende Extremkostenbericht stellt die Vorgehensweise zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern sowie die Analyseergebnisse für das Datenjahr 2016 vor.

Die im Extremkostenbericht bislang etablierten Analysen wie beispielsweise ein intertemporaler Vergleich auf Leistungs- und Krankenhausgruppenebene, gesondert betrachtete Leistungsgruppen, Analysen in Verweildauergruppen und Korrelationsrechnungen finden sich im vorliegenden Extremkostenbericht in unveränderter Weise wieder. Die Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes hinsichtlich der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Identifikation und Analyse von atypischen Fällen werden in einem separaten Abschnitt betrachtet.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV & Statistik

Siegburg, 28. Februar 2018

1 Beauftragung des InEK

1.1 Gesetzliche Grundlage

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Auftrag der Selbstverwaltungspartner

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

1.2.1 Methodik zur Ermittlung und Analyse von Kostenausreißern

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

³ Ebenda.

⁴ Ebenda.

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

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

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

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

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

1.2.2 Eckpunkte für den Extremkostenbericht

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

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

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

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

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

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

1.3 Zentrale Vorgaben der Beauftragung

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

1.3.1 Definition von Fallkosten

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

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

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

1. die Erlöse insbesondere aus Zusatzentgelten und NUB-Entgelten gute Schätzer für die (unbekannten) Kosten dieser eingesetzten Verfahren bzw. Arzneimittel und

2. die Erlöse für die Zu- und Abschläge nach dem Fallpauschalen-Katalog gute Schätzer für die (unbekannten) tagesbezogenen Kosten darstellen.

Dies ist insbesondere bei der Addition der Abschläge für Behandlungstage, an denen sich der jeweilige Patient nicht in stationärer Behandlung befand (beispielsweise Nicht-Erreichen der unteren Grenzverweildauer), zu beachten. Den so ermittelten bereinigten Kosten können nun die Inlier-Erlöse aus dem Fallpauschalen-Katalog gegenübergestellt werden. Kostenüber- und -unterdeckungen ergeben sich direkt aus dem Vergleich zwischen bereinigten Kosten und Inlier-Erlösen laut Fallpauschalen-Katalog. Die 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 einzelner zusatzentgeltrelevanter Leistungen bzw. einzelner Behandlungstage nicht bekannt sind.

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

1.3.2 Datenqualität des einzelnen Behandlungsfalls

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

Zusätzliche für die Beurteilung des Behandlungsfalls möglicherweise relevante medizinische Informationen können sich noch in der patientenindividuellen Dokumentation des Krankenhauses (Patientenakte) befinden. Auf diese Informationen hat das InEK, nicht zuletzt aus datenschutzrechtlichen Gründen, keinen Zugriff. Diese Informationen kann nur das behandelnde Krankenhaus sichten und im individuellen Einzelfall entscheiden, ob weitere medizinische Informationen vorliegen, die für eine spezifische Beurteilung durch das InEK erforderlich sind und unter Berücksichtigung des Datenschutzes an das InEK weitergegeben werden

können. Bei der Dokumentation der Erlöse zielt die Überprüfung im Wesentlichen auf Vollständigkeit und Korrektheit der übermittelten Werte im §-21-Datensatz. Bei Auffälligkeiten im Kalkulationsdatensatz kann das InEK auf das Krankenhaus zurückgreifen und das Zustandekommen der Kalkulationswerte gemeinsam mit dem Krankenhaus aufklären. Die Lieferung dieser Detailinformationen ist einerseits Bestandteil des gesetzlichen Auftrags an das InEK zur sachgerechten Beurteilung der Kostenausreißer und andererseits bereits seit Jahren zwischen InEK und Kalkulationsteilnehmern geübte Praxis. Gleichwohl wurden Art und Anzahl der Nachfragen an die Kalkulationskrankenhäuser auf Basis der Erfahrungen aus der Erstellung der bisherigen Extremkostenberichte adjustiert.

1.3.3 Auswahl einer geeigneten Verteilung

Für jede DRG-Fallpauschale werden in einem dynamischen Prozess die drei in Kapitel 1.2.1 genannten Verteilungsfunktionen berechnet und diejenige ausgewählt, welche die empirische Häufigkeitsverteilung am besten beschreibt. Die Auswahl der am besten geeigneten Verteilungsfunktion wird rechnerisch ermittelt. Die Autoren der von den Selbstverwaltungspartnern zitierten Artikel haben dazu eine datengetriebene Auswahlmöglichkeit entwickelt.⁶ Diesem Verfahren folgend wird vom InEK zur Auswahl der besten Verteilungsfunktion der Abstand zwischen der empirischen relativen Häufigkeit und den aus der theoretischen Verteilungsfunktion ermittelten Werten für jede Merkmalsausprägung berechnet. Diejenige Verteilungsfunktion, die für eine DRG den kleinsten Wert in der Summe der quadrierten Abstände 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. Bei den Analysen dieses Berichts kann ebenfalls nicht davon ausgegangen werden, dass das beobachtete Merkmal (der bereinigte Kostenwert) symmetrisch um einen Wert verteilt ist. Ebenso wenig kann vorausgesetzt werden, dass sich die Ausprägungen über den gesamten (positiven) Bereich der reellen Zahlen erstrecken.

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

Für eine Vielzahl an DRGs sind bei der Leistungserbringung beispielsweise implizit aufgrund von Sachkosten (z.B. Implantatkosten, medizinischer Sachbedarf) oder explizit aufgrund der Definition des Leistungsinhalts der DRG (z.B. Definition einer Einstiegsschwelle über Mindestverweildauer) von 0 € verschiedene Fallkosten zu erwarten. Im Ergebnis sind bestimmte (niedrige) Kostenwerte je DRG kaum in den Kalkulationsdatensätzen vorhanden. Die bereinigten Kosten weisen im Ergebnis dann ebenfalls keine bzw. kaum Werte unterhalb einer bestimmten Wertgrenze auf. Die empirische Verteilungsfunktion hat damit eine von 0 € verschiedene Untergrenze. Durch Berücksichtigung des **Lageparameters**,⁷ der im Wesentlichen eine Verschiebung der Verteilungsfunktion ausdrückt, kann eine Verbesserung hinsichtlich der Beschreibung der empirischen Daten durch die theoretische Verteilungsfunktion

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.

erzielt werden. Der Lageparameter sorgt, vereinfachend ausgedrückt, dafür, dass der linke (steile) Anstieg der theoretischen Verteilungsfunktion nicht versucht, bis auf 0 € auszulaufen, sondern „nur“ bis auf den Wert des Lageparameters.

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

Die in den nächsten Abschnitten erläuterten Parameterschätzungen der Verteilungen basieren auf den Arbeiten von Marazzi/Ruffieux (1998) und werden um den Aspekt des Lageparameters μ erweitert.

Es werden die folgenden Begriffe verwendet:

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

1.4.1 Logarithmierte Normalverteilung

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

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 : $\hat{\sigma} = s / 1,349$

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)**.

1.4.2 Weibull-Verteilung

Die Weibull-Verteilung ist eine stetige Wahrscheinlichkeitsverteilung über der Menge der reellen Zahlen größer μ . Benannt ist sie nach dem schwedischen Ingenieur und Mathematiker E. H. W. Weibull.⁹ Bei geeigneter Wahl der die Verteilungsfunktion bestimmenden Parameter kann die Weibull-Verteilung z.B. einer Normalverteilung oder einer Exponentialverteilung ähneln. Die Weibull-Verteilung wird typischerweise für die Bestimmung der Lebensdauer oder Ausfallhäufigkeit von Bauteilen (bei konstanter Ausfallrate entspricht die Weibull-Verteilung als Spezialfall der Exponentialverteilung) oder die statistische Verteilung der Windgeschwindigkeit verwendet. Die Weibull-Verteilung ist gedächtnisbehäftet, 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 Gamma-Funktion $\Gamma(y)$ über das Integral $\int_0^\infty t^{y-1} e^{-t} dt$ definiert wird.

Parameterschätzungen:

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

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

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

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

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

2 Vorgehensweise und Datengrundlage

Für die Erstellung dieses Extremkostenberichts wurden keine methodischen Veränderungen an der bestehenden Vorgehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer vorgenommen. Damit können die Ergebnisse des vorliegenden Berichts mit den Ergebnissen der vorherigen Extremkostenberichte verglichen werden, ohne jeweils analysieren zu müssen, ob und wenn ja inwieweit sich unterschiedliche Ergebnisse auf die Anpassung der Herangehensweise zurückführen lassen. Abweichungen können sich damit nur noch dadurch ergeben, dass mit dem Datenjahr 2016 eine anders zusammengesetzte Stichprobe als Analysemenge zur Verfügung steht und die Daten für die finale Analyse zum Extremkostenbericht nach dem aktuellen G-DRG-System 2018 gruppiert werden. Die zentralen Aussagen dieser Vorbemerkung fasst Abbildung 1 noch einmal zusammen.

Keine Veränderung in der methodischen Herangehensweise im Datenjahr 2016 im Vergleich zu den Vorjahren (Datenjahre 2013, 2014, 2015)

= kein Erklärungsbedarf bei Ergebnissen aufgrund Methodenwechsel

= nur unvermeidbare Änderungen in der Analysemenge:

1. Veränderte Zusammensetzung der Stichprobe (Fallmenge, Krankenhäuser)
2. Gruppierung nach dem aktuellen G-DRG-System 2018

Abbildung 1: Zentrale Aussagen zur Methodenidentität des Extremkostenberichts 2018 im Vergleich zu den Vorjahren

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

2.1 Identifikation von Kostenausreißern

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

Die bereinigten Kosten werden in der Datenannahmephase neu berechnet, wenn das Kalkulationskrankenhaus z.B. auf Basis einer Frage des InEK eine Korrektur der Kosten- oder Leistungsdaten im §-21-Datensatz vornimmt. Jedes Mal, wenn sich die Grundmenge der Kalkulationsdatensätze ändert oder die medizinische Klassifikation (der Gruppierungsalgorithmus) angepasst wird, wird automatisch bestimmt, welcher Verteilungsfunktion die bereinigten Kosten der einzelnen DRG auf Basis der hier beschriebenen Vorgehensweise folgen. Mit jeder Neubestimmung der Parameter der Verteilungsfunktionen werden auch die Kostenausreißer identifiziert. Diese dynamische Betrachtung erfolgt im Zuge der Weiterentwicklung des 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 Kalkulations-

auffälligkeiten identifiziert werden, dass die entsprechenden Datensätze nicht verwendet werden können.

Die bereinigten Kosten werden für alle vollstationären Behandlungsfälle der 245 Kalkulationskrankenhäuser aus dem Datenjahr 2016 mit Kosten und Erlösen aus dem Jahr 2016 berechnet. Bei der Betrachtung der Kostenunter- bzw. -überdeckungen werden zur Erlösbeziehung der DRG-Fallpauschalen das Relativgewicht der DRG aus dem Fallpauschalen-Katalog sowie der zum Krankenhaus gehörende Landesbasisfallwert des Jahres 2016 herangezogen.

2.1.1 Technisches Vorgehen

Für die Analysen zum Extremkostenbericht wird die Gesamtheit der vorliegenden Kalkulationsdatensätze des Datenjahres 2016 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 zwei Krankenhäusern, die vollständig Besondere Einrichtungen nach der Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2016 (VBE 2016) sind
- Begleitpersonen
- Rein vorstationäre Fälle
- Fälle mit Behandlung sowohl in Haupt- als auch in Belegabteilungen (Mischfälle)
- Überlieger mit unvollständiger Kostenkalkulation
- Fälle in unbewerteten DRGs (Anlage 3a des Fallpauschalen-Katalogs)
- Fälle in unbewerteten Fehler-DRGs
- Ein-Belegungstag-Fälle bei impliziten Ein-Belegungstag-DRGs (siehe S. 20)

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

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

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

Die theoretischen Verteilungen werden für $\mu = 0$ sowie $\mu = i \cdot q_{25} / 100$ für $i = 1, 2, \dots, 99$, d.h. auf einem äquidistanten Raster des Intervalls zwischen 0 und dem 25%-Quantil mit Rasterweite $h = q_{25} / 100$ berechnet, miteinander verglichen und die aus den 100 Simulationen bezüglich der Summe der quadrierten Abstände beste Verteilung ausgewählt. Als Zwischen-

ergebnis ergeben sich nunmehr die beste Log-Normal-, die beste Weibull- und die beste Gamma-Verteilung je DRG.

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

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

Tabelle 1: Kenngrößen für ausgewählte Verteilungen

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

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

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

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

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

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

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

Grundsätzlich ist anzumerken, dass die Anzahl der ermittelten Kostenausreißer sehr stark mit der Anzahl der Fälle, die in eine bestimmte DRG eingruppiert werden, korreliert. Fallzahlstarke DRGs weisen in der Regel eine hohe Anzahl von Kostenausreißern auf (relativ gesehen muss dies nicht der Fall sein). Darüber hinaus ist festzuhalten, dass bei einigen DRGs mit vergleichsweise geringen Fall- und Tageskosten und hoher Homogenität aufgrund der ermittelten Verteilungsfunktion die Grenzwerte zur Bestimmung der Upper-Kostenausreißer

bei relativ geringen Ausprägungen liegen, sodass eine hohe absolute Anzahl von Kostenausreißern identifiziert wird. So kann beispielsweise ein Fall mit sieben Tagen Verweildauer und 250 € durchschnittlichen Kosten pro Tag in der DRG P67E *Gesundes Neugeborenes* bereits ein Upper-Kostenausreißer sein. Damit werden Fälle als Kostenausreißer identifiziert, die sich auf eine strukturelle Ursache (z.B. leicht erhöhte Verweildauer, leicht erhöhte durchschnittliche Kosten) zurückführen lassen, die keiner gesonderten Analyse im Rahmen des Extremkostenberichts bedarf. Schicksalhafte Kostenausreißer mit hohen Kosten, die ein entsprechend hohes finanzielles Risiko für die leistungserbringenden Krankenhäuser bedeuten würden, stehen im Fokus der Analysen zum Extremkostenbericht und werden bei den vorgenannten DRGs zwar auch gefunden, aber durch die hohe Anzahl von identifizierten Kostenausreißern überlagert. Bei den Analysen der Kostenausreißer ist die zur Verfügung stehende Zeit sinnvoll einzusetzen. Entsprechend konnten individuell analysierte und bei den Kalkulationskrankenhäusern nachgefragte Einzelfälle in fallzahlschwachen DRGs eher die vollständige Menge der ermittelten Kostenausreißer umfassen. Bei den fallzahlstarken DRGs haben sich aufgrund der hohen Anzahl ermittelter Kostenausreißer die individuellen Analysen auf die Kostenausreißer mit den höchsten Unter- bzw. Überdeckungen konzentriert. Die Entscheidung, welche Kostenausreißer einer DRG in die individuelle Analyse überführt werden, wurde anhand der Relevanz und Bedeutung der Kostenausreißer nach erster cursorscher Sichtung vorgenommen. Das bedeutet im Umkehrschluss bei der Gesamtschau der Kostenausreißer auch, dass die Datengrundlage im Extremkostenbericht bei den fallzahlschwachen DRGs qualitativ etwas besser als bei den fallzahlstarken DRGs ist, da der Anteil der individuell analysierten Einzelfälle in den fallzahlschwachen DRGs sehr viel höher ist.

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

2.1.2 Beispiel: Identifikation von Kostenausreißern für eine DRG

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

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

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

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

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

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

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

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

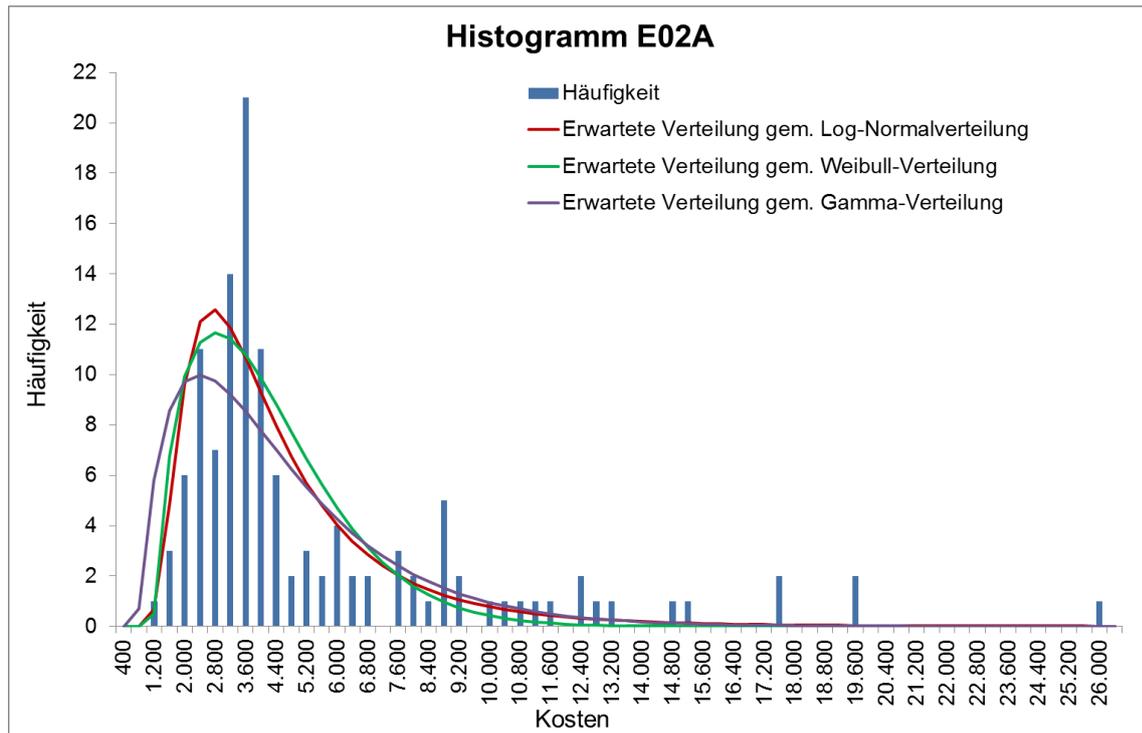


Abbildung 2: Histogramm der bereinigten Kosten für die DRG E02A, Datenjahr 2013

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

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

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

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

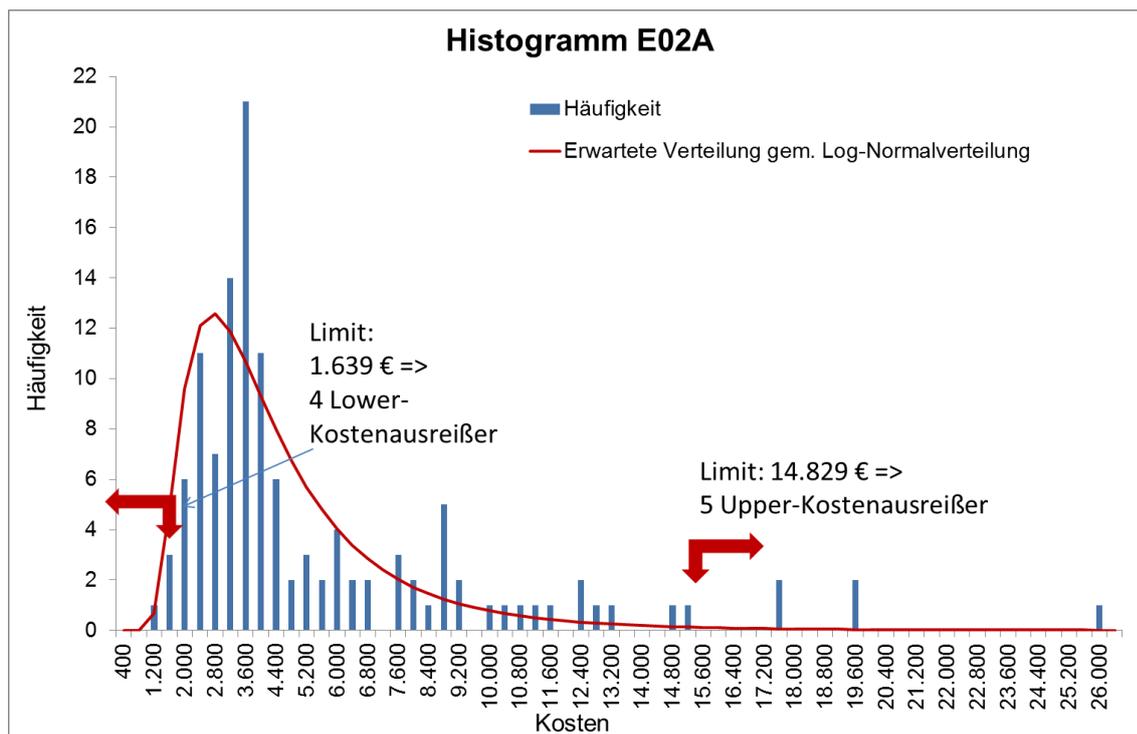


Abbildung 3: Histogramm und Kostenausreißer der bereinigten Kosten für die DRG E02A (Log-Normalverteilung), Datenjahr 2013

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

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

2.2 Spannungsfeld Systementwicklung – Extremkostenbetrachtung

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

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

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

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

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

Beispielfall A: (Lower-Kostenausreißer)

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

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

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

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

Beispielfall B (Upper-Kostenausreißer):

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

Beispielfall C (Lower-Kostenausreißer):

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

In den Beispielen B und C wurden dem Krankenhaus im Rahmen der Plausibilitätsprüfungen Nachfragen zur Kostenkalkulation übermittelt. Die Fälle wurden auf Basis der bestehenden Kalkulationsprozesse bei der Berechnung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2018 nicht verwendet; gleichwohl wurden sie in der Analysemenge zum Extremkostenbericht belassen. Aus der Analysemenge wurden mit wenigen Ausnahmen nur Fälle herausgenommen, bei denen auf Nachfrage des InEK auch eine Antwort des Krankenhauses vorlag. Die Ausnahmen beziehen sich auf nachgefragte Fälle mit Kalkulationsauffälligkeiten, bei denen vom Krankenhaus keine Erläuterung vorlag und die Dimension der Auffälligkeit bei Berücksichtigung in der Analysemenge zu einer deutlichen Fehlschätzung der Kostenbelastung geführt hätte.

Ein Fall im Feld 3 der Matrix wird zwar in der Analyse zunächst als Kostenausreißerfall identifiziert; die Berücksichtigung des Falles hat aber bei der Bestimmung der Bewertungsrelationen eines pauschalierenden Entgeltsystems keine Auswirkungen. Bisher wurden solche Fäl-

le nicht gesondert analysiert, da die Verweildauer des Falles plausibel ist und das zusätzliche Entgelt nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer normativ berechnet wird. Erst durch die Beauftragung zur Überprüfung von Kostenausreißerfällen werden diese Fälle einer gesonderten Analyse unterzogen. Der folgende Beispielfall D geht nicht in die Analysemenge zur Erstellung des Extremkostenberichts ein, da eine bekannte Kalkulationsbedingung in Verbindung mit der statistischen Ermittlung der Kostenausreißerfälle ursächlich für die Identifikation des Falles als Kostenausreißer ist.

Beispielfall D (Upper-Kostenausreißer):

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

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

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

2.2.1 Erweiterung der Plausibilitätsprüfungen

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

2.2.2 Mehr-Ebenen-Ansatz in der Kommunikation

Die für den Extremkostenbericht eingeführte Herangehensweise eines Mehr-Ebenen-Ansatzes in der Kommunikation zwischen InEK und Krankenhaus für Anfragen wurde für das Datenjahr 2016 weiterentwickelt.

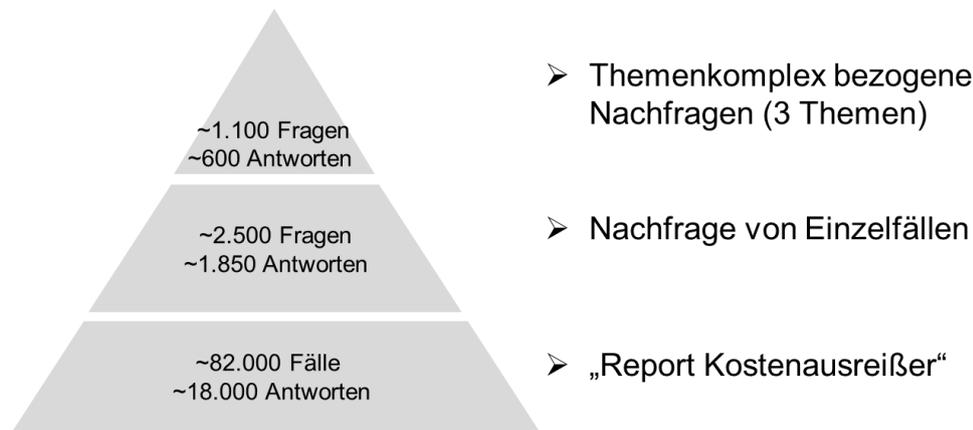


Abbildung 5: Übersicht zur Anzahl der Nachfragen und Antworten, Datenjahr 2016

Die nachgefragten Themenkomplexe beinhalteten in diesem Jahr Stammzelltransplantationen sowie die Normal- bzw. Intensivstation. Eine genauere Betrachtung dieser Gebiete erfolgt im weiteren Verlauf dieses Berichts. Im Vergleich zum letzten Jahr ist eine deutlich rückläufige Anzahl an nachgefragten Fällen im Bereich der themenkomplexbezogenen Anfragen zu erkennen. Die Rücklaufquote mit Antworten liegt im Datenjahr 2016 bei rund 54% (vgl. Abbildung 5). Bei den Einzelfallnachfragen erhöhte sich die Zahl der Anfragen gegenüber dem letzten Jahr leicht. In Summe ist jedoch ein deutlicher Rückgang der Nachfragen festzustellen. Dies beruht auf der Tatsache, dass nur noch tatsächlich als kritisch anzusehende Konstellationen an die Häuser weitergegeben wurden. Im Bereich der Einzelfälle waren wie im vergangenen Jahr Implausibilitäten zwischen Kosten und Entgelten für teils hochteure Medikamente der häufigste Auslöser für eine Nachfrage. Wie im weiteren Verlauf des Berichts noch genauer erläutert wird, führten mehrere Konstellationen zu einer Nachfrage in diesem Bereich.

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 2018 folglich Fälle aus dem Jahr 2016. Diese waren zum 31. März 2017 an das InEK zu übermitteln. Unmittelbar im Anschluss an die Datenannahme schließt sich ein mehrstufiger, teilautomatisierter Prozess der Datenvalidierung an, der in diesem Jahr im Hinblick auf die Erfordernisse der Extremkostenanalyse nochmals erweitert wurde. Wesentliche Parameter, die in diesen Prüfungen eine Rolle spielen, sind die Kostenverteilung der Fälle innerhalb der DRG-Fallpauschalen einerseits und die Definition der DRG sowie ggf. von Zusatzentgelten und NUB andererseits.

Zum Zeitpunkt der Datenannahme liegen noch keine validierten Kostendaten aus dem Jahr 2016 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 2016 angewendet werden. Empirisch ermittelte Kostengrenzwerte zur Identifikation von Kostenausreißern für Zwecke des Extremkostenberichts können sich daher nur auf den Datenbestand der Kalkulation des Vorjahres – und somit auf die Daten der Kalkulationskrankenhäuser aus dem Jahr 2015 – stützen. Vor Beginn der Kalkulationsphase wurden daher vom InEK unter Anwendung der am besten geeigneten Verteilungsfunktion (vgl. Kap. 2.1) die obere und untere Kostengrenze für jede DRG ermittelt. Die zur Bestimmung der Kostenausreißerfälle zu ermittelnden Grenzwerte wurden wie dargestellt auf Basis der plausibilisierten Daten des letzten Jahres berechnet. Dabei wurden die Fälle gemäß G-DRG-Version 2016/2017 gruppiert.

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

Extremkostendatenmenge I

Verwendung März–Mai 2017

Falldaten des Jahres 2016

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Jahres **2015**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG **2016/2017**

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

Der dem Krankenhaus übersandte Kostenausreißerreport enthielt neben der Fallnummer weitere Informationen wie die Verweildauer, die übermittelten Kosten, die DRG sowie eine Auflistung der Auffälligkeiten des Falles. Neben den Fällen, die aufgrund ihrer hohen bzw. niedrigen Gesamtkosten im Report aufgeführt sind, wurde darüber hinaus noch eine zweite Fallmenge ermittelt und in den Kostenausreißerreport aufgenommen. Diese bestand aus Fällen, deren Einzelkosten (z.B. Implantate, teure Medikamente etc.) mindestens 5.000 € über dem durchschnittlichen Wert der Einzelkosten im entsprechenden Modul der jeweiligen DRG lagen. Insgesamt wurden auf diese Weise rund 82.000 Fälle ermittelt, die den Krankenhäusern im Kostenausreißerreport zugesandt wurden. Bei einem empirisch zu erwartenden Kostenausreißer-Anteil von ca. 5–6% müssten in den Kostenausreißerreporten rund 280.000 Fälle aufgelistet werden. Aus Gründen der Durchführbarkeit der Bearbeitung insbesondere in den Kalkulationskrankenhäusern konnte der Anteil durch die beschriebenen Beschränkungen im Ausweis des Reports massiv reduziert werden. Aus Praktikabilitätsgründen wurden damit rund 200.000 Fälle, die durch das statistische Verfahren eigentlich als Kostenausreißer identifiziert wurden, nicht in den Fokus der Analysen gerückt.

Durch den Kostenausreißerreport konnte den Kalkulationskrankenhäusern frühzeitig ein Hinweis auf kostenauffällige Fälle gegeben werden. Damit konnte die Aufmerksamkeit auf mögliche systematische Kalkulationsfehler gelenkt und den Krankenhäusern ausreichend Zeit für die Analyse auffälliger und ggf. die Korrektur fehlerhafter Fälle eingeräumt werden. Darüber hinaus erhielt das InEK weiterführende Informationen zu Kostenauffälligkeiten innerhalb einer DRG, die möglicherweise in ihrer Fallzusammensetzung inhomogen ist. Die

Überschreitung der jeweiligen DRG-bezogenen plausiblen Kosten kann dabei durch hohe Kosten begründet sein, die nur bei einigen Fällen der DRG auftreten, jedoch im überwiegenden Teil der Fälle in dieser DRG typischerweise nicht anfallen. Möglicherweise fallen in einer DRG zwar regelhaft hohe Kosten etwa für Implantate oder andere teure Medikalprodukte an, bestimmte Fälle übersteigen aber den (entsprechend hohen) plausiblen Kostenwert aufgrund einer Kombination mehrerer Produkte oder Verfahren dennoch. In beiden Fällen kann die Rückmeldung des Hauses wertvolle Hinweise zur Kostenkalkulation oder auch zur weiteren Optimierung der Gruppierungslogik liefern.

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

Die Antworten der Kalkulationskrankenhäuser zum Kostenausreißerreport bezogen sich häufig auf die übermittelten Kalkulationsfehler des betreffenden Falles, die mit den auffälligen Kosten in Zusammenhang stehen konnten – jedoch nicht zwangsläufig mussten. Dies verdeutlicht das nachfolgende Beispiel in Abbildung 6 (die Angaben entstammen dem Datenjahr 2014, sind aber in ihrer grundsätzlichen Bedeutung auch für das Datenjahr 2016 gültig). Wünschenswert aus Sicht des InEK wäre jedoch eine Beantwortung des Falles vor dem Hintergrund seiner Gesamtkomplexität, die durch die einzelnen Plausibilitätsprüfungen nicht immer vollständig erfasst wird.

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

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

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

Die Fälle, welche die oben dargestellte Konstellation mit auffällig hohen Einzelkosten aufwiesen, wurden unabhängig vom Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen in den Report aufgenommen: Der nachfolgende Fall lag mit Gesamtkosten von 43.706 € über der oberen ermittelten Kostengrenze für die DRG X07A *Replantation bei traumatischer Amputation [...]* und wurde dem Krankenhaus daher im Kostenausreißerreport zugesandt. Die Angaben entstammen dem Datenjahr 2014, sind aber in ihrer grundsätzlichen Bedeutung auch für das Datenjahr 2016 gültig. Damit wurde jedoch keine Aussage darüber getroffen, ob dieser Fall aufgrund eines Kalkulationsfehlers die hohen Kosten aufweist oder ob die Kosten dem Fall z.B. aufgrund eines nicht über ein Zusatzentgelt zu refinanzierenden Medikaments zugeordnet wurden.

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

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

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

Für die nachfolgend dargestellten, inhaltlich weit über den Kostenausreißerreport hinausgehenden Einzelfallrückfragen wurden zur Ermittlung der Kostengrenzen aktuelle Kostendaten (und damit Kostengrenzen) aus dem Jahr 2016 und die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation berücksichtigt. Für die „Extremkostendatenmenge II“ wurden die Fälle nach dem tagesgenauen Entwicklungsstand des G-DRG-Systems 2018 inkl. der bis dahin bestehenden Umbauten eingruppiert.

Extremkostendatenmenge II

Verwendung ab Juni 2017

Falldaten des Jahres 2016

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Datenjahres **2016**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG 2016/**2018 (tagesgenauer Entwicklungsstand des G-DRG-Systems)**

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

Nach Abschluss der Weiterentwicklung zur G-DRG-Version 2018 wurde der Datenbestand für den Extremkostenbericht schließlich mit dem gerade fertiggestellten G-DRG-Groupier der Version 2018 gruppiert:

Extremkostendatenmenge III

Verwendung ab Ende August 2017

Falldaten des Jahres 2016

Kostengrenzen ermittelt anhand der Kostendaten des Datenjahres **2016**

DRG-Eingruppierung nach G-DRG 2016/**2018**

Sofern nachfolgend Analyseergebnisse auf DRG-Fallpauschalen Bezug nehmen, betrifft dies – wenn nicht abweichend dargestellt – die Eingruppierung nach dem endgültigen System 2018.

2.2.2.2 Themenkomplexbezogene Nachfragen

Der Datenannahmeprozess mit den Kalkulationsteilnehmern ist seit Jahren etabliert und beginnt mit einer initialen Datenlieferung der Kosten- und Leistungsdaten zum 31. März eines Jahres an das InEK. Bis zum 24. Mai können die Kalkulationskrankenhäuser im Rahmen von Korrekturlieferungen ihre Kosten- und Leistungsdaten erneut – ggf. auch mehrfach – an das

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

Kosten der Intensivstation

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

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

Da im Rahmen der Abfrage zu den Kalkulationsgrundlagen die Informationen zu den Intensivstationen nicht von allen Krankenhäusern in suffizientem Umfang ausgefüllt und übermittelt wurden, mussten zur Nachvollziehbarkeit und Bewertung auffälliger Intensivstationskosten erneut zahlreiche Nachfragen zur Intensivstation gestellt werden. Daher erbat das InEK detaillierte Informationen zu den Gewichtungsmustern auf verschiedenen Intensivstationen sowie zu einigen einzelfallbezogenen Angaben. Dabei sei angemerkt, dass die Kosten eines Falles auf der Intensivstation folgendermaßen kalkuliert werden: Die Kosten für das Personal sowie die Gemeinkosten des medizinischen Bedarfs und der Arzneimittel sind den Fällen mittels gewichteter Intensivstunden zuzuordnen. Ausgenommen davon sind die Infrastrukturkosten, die über ungewichtete Intensivstunden zugeordnet werden, da diese sich durch die Schwere eines Behandlungsfalles nicht ändern. Nachfragen bzgl. der Belegungstage sowie der personellen Ausstattung der Stationen konnten im Gegensatz zum letzten Jahr deutlich verringert werden, da entsprechende Informationen von den meisten Krankenhäusern in der Kalkulationsgrundlage angegeben wurden. In diesem Jahr bezogen sich Auffälligkeiten eher auf nicht bzw. fehlerhaft ausgefüllte Felder in den kontaktbezogenen übermittelten Informationen zu den Intensivaufenthalten der Patienten in der Datei Intensivstation.csv. Da folglich keine genaue Dauer des Intensivaufenthalts bestimmt werden konnte, war die Interpretation der übermittelten Kostenwerte in Kostenstellengruppe 2 (Intensivstation) bei diesen Fällen nicht möglich. Zur Klärung der Auffälligkeiten wurde folgende Nachfrage an die Krankenhäuser versandt:

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

- (1) Stationsnamen entsprechend den in der Kalkulationsgrundlage aufgeführten Intensivstationen.*
- (2) Stationsaufnahme- und -entlassdatum mit Uhrzeit.*
- (3) Die Anzahl der ungewichteten Intensivstunden.*

- (4) Die Anzahl der gewichteten Intensivstunden.
- (5) Die Anzahl der TISS/SAPS-Punkte.
- (6) Die Kostenwerte für die einzelnen Intensivaufenthalte.

Vor allem im Bereich der Personalkosten gaben die zugeordneten Kosten Anlass zu Nachfragen aufgrund stark erhöht erscheinender Kostenwerte. Die hier vorhandenen Auffälligkeiten wurden von den Krankenhäusern teilweise erläutert, jedoch in einigen Fällen auch als Fehler erkannt. Zusätzlich wurden die Infrastrukturkosten genauer betrachtet, da in diesem Bereich ebenfalls zahlreiche Auffälligkeiten zu beobachten waren. Die im letzten Jahr erhoffte Reduzierung der Rückfragen zu Intensivstationskosten konnte leider nicht vollständig erreicht werden, da entsprechende Daten teilweise immer noch lücken- oder fehlerhaft vorlagen bzw. nicht vollständig den Vorgaben entsprechend kalkuliert wurden. Beispielhaft sei ein Fall in Abbildung 8 gezeigt, der auffällig hohe Tageskosten auf der Intensivstation aufweist.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8	
Intensivstation	2	1.588 €	2.779 €	81 €	281 €	- €	351 €	- €	529 €	2.668 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Für diesen Fall übermitteln Sie Tageskosten auf der Intensivstation in Höhe von 8.277€. Aufgrund fehlender Informationen in der Intensivstation.csv zu diesem Fall lassen sich die übermittelten Kosten nicht nachvollziehen. Bitte erläutern Sie, wie es zu diesen hohen Tageskosten kommt.	22.06.2017	29.06.2017	Kalkulationsfehler: Daten nachgetragen, Fehleingabe der Intensivstunden, korrekte Intensivstunden 3,8

Abbildung 8: Beispiel für einen Dokumentationsfehler auf der Intensivstation

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

Kosten der Normalstation

In Ergänzung zur Nachfrage der Intensivstationskosten wurden im letzten Jahr vermehrt Fälle ausgemacht, die auch auf der Normalstation auffällig hohe Kostenwerte aufwiesen und demnach zu einer teilweise deutlichen Unterdeckung des Falles beitrugen. Aufgrund dieser Beobachtung wurden daher auch viele Fälle mit hohen Kosten auf der Normalstation an die Krankenhäuser übermittelt. Besonders auffällig waren dabei Fälle, die mehrere Tage ohne Berechnung in der Entgelte-Datei aufwiesen.

Auch bei dieser Nachfrage wurden viele Fälle von den Krankenhäusern umfänglich beantwortet, was zu einer besseren Interpretation der übermittelten Kosten und somit zum Verständnis des Zustandekommens einiger Extremkostenfälle führte. Der Beispielfall in Abbildung 9 zeigt, dass trotz korrekter Angaben in der Entgelte-Datei die übermittelten Kosten nicht korrekt zugeordnet worden sind.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur
	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8
Normalstation	1	788 €	2.834 €	179 €	162 €		248 €	321 €	1.929 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Die für diesen Fall übermittelten Kosten auf der Normal- sowie Intensivstation erscheinen, vor allem unter Berücksichtigung der Verweildauer des Falles, auffällig hoch. Bei sieben Tagen Aufenthalt errechnen sich Tageskosten in Höhe von 923,08€ alleine auf der Normalstation. In der Datei Entgelte.csv wurden 19 Tage ohne Berechnung/Behandlung angegeben. Prüfen Sie vorrangig, ob die Kosten durchlaufend zugeordnet worden sind, obwohl der Patient 19 Tage abwesend war.	31.07.2017	03.08.2017	Korrekt, trotz Abwesenheit durchlaufende Kostenzuordnung - Fall bitte streichen

Abbildung 9: Beispiel für einen Dokumentationsfehler bei der Verweildauer auf Normalstation

Einzelkosten

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

Bei den Einzelkosten ist zu unterscheiden nach:

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

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 der Leistungsdokumentation (meist OPS-Kode) zum Kostenmodul. Viele teure Medikamente kommen auf Normal- oder auf Intensivstationen zum Einsatz. Manche Implantate können entweder der Kostenstellengruppe „OP-Bereich“ oder „Kardiologische Diagnostik und Therapie“ oder „Radiologie“ zugeordnet sein.

Diese Einschränkungen erschweren insbesondere die Beurteilung von Ausreißerwerten. Vor diesem Hintergrund muss sich für die Erfordernisse des Extremkostenberichts die Einzelfallplausibilisierung vielfach auf zusätzliche Angaben aus den Kalkulationshäusern 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 2017 erneut ausgebaut wurde. In diesem Jahr wurden zu insgesamt 303 verschiedenen hochteuren Medikamenten, Blutprodukten sowie zu Verfahren (Operationen, Interventionen, Implantate, besondere Therapieverfahren etc.) ergänzende Daten abgefragt. Dadurch standen in erheblichem Umfang zusätzliche präzise Informationen zu Dosis, Kosten, Applikationsart, Anzahl Implantate, genauem Implantattyp u.v.a.m. zur Verfügung. So können z.B. vermutete Diskrepanzen zwischen auffällig hohen Kosten (im regulären Kostendatensatz) und diese nicht erklärenden Dosisangaben mittels der ergänzenden Datenlieferung aufgeklärt werden. Ein Beispiel für eine Auffälligkeit hinsichtlich der Dokumentation einer Dosisangabe zeigt Abbildung 10. Die Gabe von 192 mg Pegfilgrastim (32 Fertigspritzen) bei einer Verweildauer von 4 Tagen erscheint vor dem Hintergrund der Dosierungsangabe von einer Fertigspritze (6 mg Wirkstoff) pro Chemotherapiezyklus unplausibel hoch.

EFX Nummer	Einheit	Dosis	Kosten	Kosten je Dosis	OPS	OPS-Text
EFN70501	mg	192	23.921 €	124,59 €	6-002.76	Applikation von Medikamenten, Liste 2: Pegfilgrastim, parenteral: 30 mg und mehr

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

Laut Rückmeldung des Krankenhauses handelt es sich um eine Fehlkodierung, es wurden 4 Dosen Filgrastim gegeben à 48 Mio. IE = 192 Mio. IE. Korrekterweise hätte hier folglich der OPS-Kode 6-002.12 übermittelt werden müssen.

Eine weitere Auffälligkeit im Bereich der zugeordneten Medikamentenkosten kann an folgendem Beispiel gezeigt werden. Dieser Fall wurde mit Kosten für Arzneimittel in Höhe von 64.421 € übermittelt. Ein leistungsbeschreibender OPS-Kode lag nicht vor. Um die Korrektheit der Kosten verifizieren zu können, wurde eine Rückfrage an das betreffende Krankenhaus gestellt (vgl. Abbildung 11).

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

Bitte übermitteln Sie für die nach Berücksichtigung Ihrer Angaben in der Entgeltdatei sowie Ergänzenden Datenlieferung in Modul 2_4b verbleibenden Kosten in Höhe von ca. 64.000€, um welche Medikamente es sich handelt, deren verabreichte Dosis sowie den Preis pro Dosis.

01.07.2016 15.07.2016 Kosten sind um 64.400€ zu hoch. Es wurde Flumucil statt Flumazenil verabreicht

Abbildung 11: Beispiel für eine Auffälligkeit bei Medikamentenkosten ohne korrespondierende Angaben in der ergänzenden Datenbereitstellung

Bei der Gabe von Blutgerinnungsfaktoren und den damit korrespondierenden Kostenzuordnungen konnten durch Nachfragen ebenfalls einige Fälle plausibilisiert bzw. Fehler aufgedeckt werden. Nach Vorgabe des Kalkulationshandbuchs sind die Kosten für die Gabe von Gerinnungsfaktoren bei temporär erworbenen Blutgerinnungsstörungen in Kostenartengruppe 4b (Medikamente) auszuweisen. Bei dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen sind die Kosten jedoch in das Modul 99.10 zu buchen. Bei dem in Abbildung 12 illustrierten Fall wurden die Kosten für Faktorpräparate fälschlicherweise als Einzelkosten im Kostenmodul 1.4b und gleichzeitig im Kostenmodul 99.10 gebucht. Die Doppelbuchung ist in jedem Falle falsch, über die Rückmeldung des Krankenhauses konnte geklärt werden, aus welchem Grund die Kosten mehrfach übermittelt worden sind.

KoStG	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	Faktorpräparate	
	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8		
Normalstation	1	791 €	1.198 €	-	74 €	110.323 €	46 €	766 €	489 €	1.139 €	89.306 €

Bitte übermitteln Sie für die nach Berücksichtigung Ihrer Angaben in der Entgeltdatei sowie Ergänzenden Datenlieferung in Modul 1_4b verbleibenden Kosten in Höhe von ca. 110.000€, um welche Medikamente es sich handelt, deren verabreichte Dosis sowie den Preis pro Dosis.

01.07.2016 15.07.2016

Diese Kosten wurden bei uns ursprünglich doppelt zugeordnet (in Modul 1.4b-> 110.322,98€ und 99.10-> 89.306,00€). Wir haben die Kosten im Modul 1.4b (110.322,98€) in unserer Datenbank gelöscht. Aus technischen Gründen wurde diese Korrektur im Kostendatensatz nicht berücksichtigt.

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

Andere Auffälligkeiten erforderten individuelle Rückfragen an das Kalkulationskrankenhaus, wie Abbildung 13 beispielhaft darstellt. Die Beispiele stammen aus dem Datenjahr 2014 – sie haben inhaltlich in ihrer Bedeutung unverändert Gültigkeit für das Datenjahr 2016.

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

Abbildung 13: Beispiele für Rückfragen des InEK zu Einzelkosten mit der dazugehörigen Antwort der Kalkulationskrankenhäuser

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

Abgerechnete Entgelte

Im Bereich der Entgelte wurde deutlich, dass die Prüfung im Fehlerverfahren zur Datenplausibilisierung der §-21-Datensätze für eine Beurteilung von Kostenausreißerfällen nicht ausreichend ist. Ergänzende Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zu Entgeltangaben wurden in Anbetracht der Erkenntnisse der Kostenausreißerbetrachtung eingeführt. Aufgrund fehlender Informationen im InEK zu Vereinbarungsinhalten zwischen Krankenhaus und Krankenkassen bei unbewerteten Entgelten des Fallpauschalen-Katalogs ist keine vollständige automatisierte Prüfung der übermittelten Entgeltwerte möglich. Gezielte Rückfragen an die Kalkulationsteilnehmer sollten dazu dienen, automatisiert erzeugten Hinweisen aus dem Fehlerverfahren nachzugehen und mögliche Differenzen zwischen Leistungs- und Entgeltdokumentation aufzuklären. Ursachen für Inkonsistenzen zwischen den Angaben in der Entgelte-Datei und der Kosten- und Leistungsdokumentation waren beispielsweise Abrechnungsfehler, eine fehlende Vereinbarung von Entgelten oder eine fehlerhafte Dokumentation. Nachfolgendes Beispiel in Abbildung 14 zeigt eine Diskrepanz zwischen den übermittelten Kosten für Medikamente auf der Normalstation in Höhe von 14.150 € und den in der Entgelte-Datei übermittelten Angaben zu abgerechneten Zusatzentgelten für *Blinatumomab* in Höhe von 0 €. Nach Angaben des Krankenhauses konnte für das Medikament *Blinatumomab* 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 zum Extremkostenbericht.

	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
KoStG	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8	
Normalstation	1	175 €	148 €	24 €	34 €	14.150 €	41 €	- €	83 €	226 €

Bitte teilen Sie uns mit, ob mit den Krankenkassen eine Ausgleichszahlung für die Kosten für Blinatumomab vereinbart worden ist und wenn ja, in welcher Höhe die Kosten erstattet worden sind. Sollte keine Einzelvereinbarung getroffen worden sein, teilen Sie uns bitte mit, ob ggf. eine Kostenübernahme durch den Hersteller des Präparates stattgefunden hat. Übermitteln Sie uns bitte in jedem Fall eine Rechnungskopie über die entstandenen Kosten.	04.08.2016	30.08.2016	In diesem Fall gab es keine KU der Kassen!!!
---	------------	------------	--

Abbildung 14: Beispiel für Rückfragen des InEK zur Diskrepanz zwischen Einzelkosten und Angaben in der Entgelte-Datei mit der dazugehörigen Antwort des Kalkulationskrankenhauses

Der in Abbildung 15 aufgeführte Fall wurde vom Krankenhaus mit Kosten von über 10.261 € im Modul 1.4b (Einzelkosten für Medikamente) übermittelt. Weder über die OPS-Kodierung noch über die Angaben in der Ergänzenden Datenlieferung konnten die gebuchten Kosten nachvollzogen werden, da sich keine entsprechenden Einträge wiederfinden ließen. Ebenfalls fehlte ein möglicherweise abzurechnendes Zusatzentgelt. Auf Nachfrage, wodurch die große Differenz zwischen Kosten und Entgelt entstanden ist, räumte das betreffende Krankenhaus eine Fehlzuordnung der Kosten ein. Eine ambulante Gabe des Medikaments wurde auf den stationären Aufenthalt gebucht.

	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
KoStG	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8	
Normalstation	1	220 €	233 €	37 €	15 €	10.261 €	24 €	- €	177 €	304 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Im vorliegenden Fall wurde eine ZE relevante Leistung (Gabe von Trastuzumab) angegeben, jedoch wurde kein Entgelt abgerechnet. Bitte teilen Sie uns mit, wieso das entsprechende Zusatzentgelt nicht abgerechnet worden ist.	19.07.2017	19.07.2017	Die Gabe von Trastuzumab erfolgte ambulant. Die Mitarbeiter der Apotheke haben in der Dokumentation leider fälschlicherweise die stationäre Fallnummer der Patientin verwendet, weshalb die Zuordnung erfolgte. Die Gabe von Trastuzumab kann somit gestrichen werden.

Abbildung 15: Beispiel für Rückfragen des InEK zu fehlenden Entgelten mit der dazugehörigen Antwort des Kalkulationskrankenhauses

Das Beispiel in Abbildung 16 zeigt hingegen ein korrekterweise nicht abgerechnetes Entgelt durch das Krankenhaus. Die Auffälligkeit dieses Falles liegt darin, dass die Kosten im Kostenmodul 8.5 gebucht worden sind, obwohl das Implantat im Zuge einer Studie kostenfrei an das Krankenhaus abgegeben wurde und dafür daher keine entsprechenden Kosten anzusetzen gewesen wären.

	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Implantate	Sachkosten med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur	
KoStG	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8	
Endoskopie	8	35 €	- €	65 €	3 €	- €	9.496 €	62 €	- €	26 €	18 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Im vorliegenden Fall wurde eine ZE relevante Leistung (Implantation eines endobronchialen Klappensystems) angegeben, jedoch wurde kein Entgelt abgerechnet. Bitte teilen Sie uns mit, wieso das entsprechende Zusatzentgelt nicht abgerechnet worden ist.	31.07.2017	02.08.2017	Die eingebrachten Ventile wurden im Rahmen einer Studie eingesetzt, das Material wurde durch den Studiensponsor gestellt und durfte somit nicht als ZE abgerechnet werden, daher kein entsprechendes Entgelt im Entgelt-Datensatz

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

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

2.2.2.3 Nachfrage von Einzelfällen

Zusätzlich zu den beiden bereits genannten Kommunikationsebenen wurden noch weitere Nachfragen zu auffälligen Einzelfällen an die Krankenhäuser verschickt. Bei diesen wurden vereinzelt auftretende Dokumentations- oder Kalkulationsfehler bzw. -auffälligkeiten hinterfragt. Beispielhaft zu nennen sind hohe Kosten in Kostenstellengruppe 9 (Radiologie), die nicht über die Kodierung des Falles nachvollzogen werden konnten. Beispielsweise wurden bei folgendem Fall in Abbildung 17 sämtliche Kosten in Kostenstellengruppe 9 hinterfragt.

	Ärztlicher Dienst	Pflegedienst	Funktionsdienst	Sachkosten Arzneimittel		Sachkosten med. Bedarf		med.	nicht med.	
				4a	4b	6a	6b	Infrastruktur	Infrastruktur	
KoStG	1	2	3	4a	4b	6a	6b	7	8	
Radiologie	9	14.259 €	- €	13.751 €	66 €	- €	10 €	- €	499 €	9.857 €

Frage	Datum Frage	Datum Antwort	Antwort
Bitte erläutern Sie, welche Leistungen für die Kosten in der Radiologie verantwortlich sind. Aufgrund der OPS-Kodierung lassen sich die übermittelten Kosten nicht direkt nachvollziehen. Überprüfen Sie die den jeweiligen Leistungen zugrundeliegenden Punktwerte sowie den Kostensatz je Leistungspunkt. Prüfen Sie, ob die dem Fall zugeordneten Leistungspunkte korrekt sind und die Kosten anhand des Kostensatzes je Leistungspunkt zugebucht worden sind.	31.07.2017	04.08.2017	In diesem Fall liegt eine falsche Dokumentation vor. Eine Leistung wurde nicht mit Anzahl 1, die tatsächlich erbracht wurde hinterlegt sondern mit äußerst hoher, nicht erbrachter Leistungseinheit. Die Ursache dieses Fehlers ist unklar, es handelt sich hierbei um einen Einzelfall. Die Kosten der Radiologie werden in diesem Fall daher völlig falsch (viel zu hoch) abgebildet.

Abbildung 17: Beispiel für eine Auffälligkeit zur Kostenstellengruppe 9 (Radiologie)

Das betreffende Kalkulationskrankenhaus meldete für den Fall in Abbildung 17 zurück, dass durch Fehlerfassung eine falsch-hohe Leistungszeit zugrunde gelegt wurde und somit zu hohe Kosten auf den Fall gebucht wurden.

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

2.3 Zwischenergebnis Datenanalyse

Die in Kapitel 2.2 dargestellten Prüfungen zeigen den großen Aufwand, der sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten des InEK betrieben wurde, um bestehende Fragestellungen aufzulösen. Nach den Nachfragen durch den Kostenausreißerreport mit Fokus

auf potentielle (systematische) Kalkulationsfehler gingen die Prüfungen der Kosten, Entgelte und Dokumentationen im weiteren Verlauf deutlich tiefer ins Detail. Dies machte sich beispielsweise bei der Suche der betreffenden Fälle bemerkbar. Auf Seiten der Krankenhäuser führten die detaillierteren Nachfragen zum besseren Verständnis der angefragten Problematik, auf die zur Beantwortung in der Regel krankenhausesintern nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit reagiert werden konnte. Rückblickend zeigte sich ein großes Potential an Irrtumsmöglichkeiten, das bei der Bearbeitung der Kostenausreißerfälle zukünftig berücksichtigt werden kann, um vorhandene Fehlerquellen zu beseitigen bzw. schneller identifizieren zu können. Trotz der absoluten Steigerung der Einzelnachfragen sind die Krankenhäuser relativ gesehen insofern nicht mit einem deutlichen Mehraufwand belastet worden, da sich die Nachfragen auf beinahe die doppelte Anzahl an Krankenhäusern im Vergleich zum letzten Jahr verteilt. Zusätzlich ist die „Hebelwirkung“ der themenkomplexbezogenen Nachfragen hervorzuheben, durch die eine Vielzahl an gleich gelagerten Fällen durch Beantwortung nur weniger Fälle durch das Krankenhaus erläutert werden konnte.

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

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

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

Der in Kapitel 2.2.2.1 ff. beschriebene Zeitverlauf bringt folgende Problematik mit sich: Mit Abschluss der Arbeiten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Ende August 2017 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:

Katalog-Erlös für Inlier (DRG-Relativgewicht des Falles multipliziert mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert des Jahres 2016)

abzgl. bereinigte Fallkosten

Die bereinigten Fallkosten berechnen sich als (vgl. Kap. 1.3)

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

abzgl. Erlöse für bewertete Zusatzentgelte

abzgl. Erlöse für unbewertete Zusatzentgelte

abzgl. Erlöse für unbewertete Entgelte für Neue Untersuchungs- und Behandlungsleistungen (NUB)

abzgl. zusätzliche Entgelte für Überschreiten der oberen Grenzverweildauer

zuzgl. Abschläge für Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer

zuzgl. Abschläge für Verlegungen

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

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

ergeben sich – ebenfalls vereinfacht – vier prinzipielle Fehlerquellen:

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

Diese prinzipiellen Fehlerquellen werden in den folgenden Abschnitten näher betrachtet.

3.1.2 Falsch-niedrige Fallkosten

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

Beispielsweise wird ein Fall der DRG F62C *Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse ohne komplizierende Diagnose* bei einer Verweildauer von 6 Tagen und Gesamtkosten von rund 400 € anhand der ermittelten Verteilungsfunktion als Ausreißer nach unten markiert. Bei diesem Fall kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass eine realistische Kostenkalkulation erfolgt ist. Unabhängig von den durchgeführten Leistungen, die in dieser DRG nicht zwingend hochaufwendig sein müssen, ist eine vollstationäre Behandlung für rund 60 € pro Behandlungstag in einem deutschen Krankenhaus eher kostenauffällig.

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

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

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

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

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

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

3.1.3 Falsch-hohe Fallkosten

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

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

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

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

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

3.1.4 Falsch-niedrige Erlöse

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

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

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

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

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

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

3.1.5 Falsch-hohe Erlöse

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

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

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

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

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

3.1.6 Übersicht

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

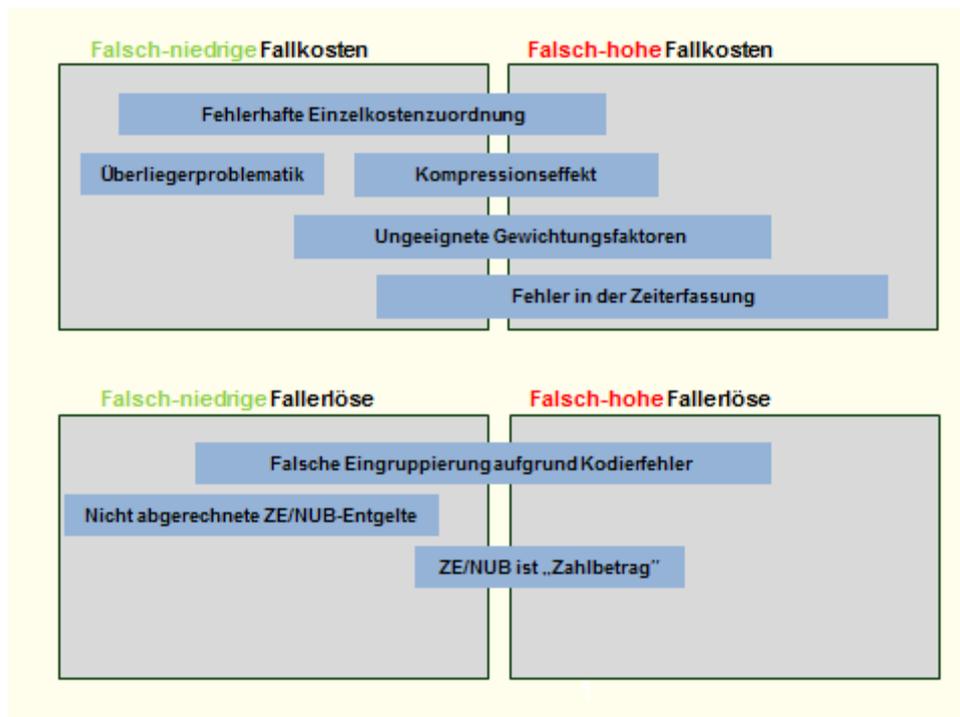


Abbildung 18: Auswirkungen von Kalkulations- oder Abrechnungsfehlern auf die Fallkosten und Fallertlöse

3.1.7 Nicht „falsch“ im hier beschriebenen Sinne

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

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

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

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

3.1.8 Sonderfall: Fälle nach Rechnungsprüfungen

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

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

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

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

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

3.1.9 Dimension des Fehlers und Ausmaß der Unter- oder Überdeckung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 Themenkomplexbezogene Prüfergebnisse

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

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

keine ausreichend sichere Begründung für eine Löschung vorlag. Dadurch sind jedoch möglicherweise unbeantwortete Fälle mit relevanter fehlerhafter Kalkulation in die Analyse mit eingeflossen.

3.2.1 Rücklauf der Einzelnachfragen

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

Insgesamt wurden rund 2.500 Einzelnachfragen zu Extremkostenfällen versendet (gegenüber 1.900 im Vorjahr). Der Rückgang begründet sich insbesondere durch eine Verlagerung von bislang durchgeführten Einzelnachfragen in themenkomplexbezogene Nachfragen. Bis Ende 2017 wurden 75% dieser Nachfragen durch die Krankenhäuser mit teils ausführlichen Erläuterungen, Kostenaufstellungen, Rechnungsbelegen oder Falldarstellungen beantwortet. Durch die Antworten konnten die angefragten Auffälligkeiten zum großen Teil nachvollziehbar erklärt werden. In diesen Fällen waren daher die Über- bzw. Unterdeckungen nicht auf fehlerhafte Kosten oder Erlöse zurückzuführen und die Kalkulationen sachgerecht und nachvollziehbar.

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

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

In der Bewertung kann der Rücklauf auf die Einzelnachfragen im Rahmen des Extremkostenberichts sowohl hinsichtlich der hohen Rücklaufquote als auch hinsichtlich des Detaillierungsgrads der Beantwortung erneut als sehr positiv angesehen werden, insbesondere vor dem Hintergrund der erheblichen Steigerung der themenkomplexbezogenen Nachfragen. Durch die Erfahrungen aus den Vorjahren und der daraus resultierenden Standardisierung der Fragestellungen konnte der Aufwand für die einzelne Nachfrage dennoch verringert werden.

3.2.2 Thematische Gliederung

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

Bereich	Anteil an Nachfragen	Rücklaufquote	Löschquote (bezogen auf Nachfragen)
Medikamente/ergänzende Daten	28,6%	79,8%	62,2%
Entgelte	20,0%	87,5%	67,1%
OP/Implantate/Anästhesie	18,9%	66,5%	48,8%
Einzelkosten 6b	11,7%	82,0%	61,9%
Dialyse	8,1%	68,2%	55,2%
Sonstiges	12,7%	53,0%	46,7%
Gesamt	100,0%	74,7%	58,1%

Tabelle 5: Aufteilung der Kostenausreißer auf Themengebiete bei den Einzelnachfragen

Im Rahmen der Extremkostenanalyse 2016 war der Anteil der gelöschten Fälle mit 26,8% deutlich geringer. Dies liegt insbesondere an der verfeinerten Auswahl der angefragten Sachverhalte. Durch diese genauere Auswahl wurden nur noch Fälle angefragt, bei denen sehr wahrscheinlich ein Fehler vorlag und somit die Rückmeldung des Hauses eher zur Löschung geführt hat als im Jahr zuvor.

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

3.2.2.1 Intensivmedizinische Behandlung

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

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

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

- Gesamtkosten nicht medizinische Infrastruktur
- Gesamtkosten

Daraus lassen sich u.a. folgende Kennzahlen berechnen:

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

Weiterhin sind fallbezogene Daten für jeden Intensivaufenthalt zu übermitteln:

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

Daraus lassen sich u.a. folgende Kennzahlen berechnen:

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

Zusätzlich sind bei Abweichungen zur Kalkulation des Vorjahres erneut die Gewichtungsmo-
delle und die zu vergebenden Gewichtungsfaktoren zu erläutern.

Werden alle Daten korrekt übermittelt, lässt sich die fallbezogene Kalkulation für die Inten-
sivbehandlungen detailliert plausibilisieren. Im Kalkulationsjahr 2017 waren fast alle Kran-
kenhäuser in der Lage, die Struktur- und Falldaten vollständig zu liefern. Unverändert zu den
Vorjahren lagen häufig allerdings immer noch Abweichungen zwischen den Strukturdaten
und den fallbezogenen Daten vor. Wenn beispielsweise die Stationsbezeichnung nicht über-
einstimmte, war eine Plausibilisierung der Falldaten erschwert. Doch auch wenn ein Bezug
zwischen Falldaten und Strukturdaten hergestellt werden konnte, wichen die Werte in den
Falldaten teilweise von den Strukturdaten ab.

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

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

Gewichtung

Die Kalkulationsvorgaben zur Gewichtung der Intensivstunden wurden zur Verbesserung der Vergleichbarkeit der Kalkulationsergebnisse für die Kalkulationsrunde 2015 konkretisiert und mit Beispielen ausgeführt. Daher ergaben sich im Datenjahr 2016 übermäßig große Spreizungen der Gewichtung nicht mehr im gleichen Maße wie bei der Erstellung der ersten Extremkostenberichte. Extreme Spreizungen der Gewichtung können ggf. zu überhöhten Kostenzuordnungen bei einzelnen Intensivpatienten führen. Dennoch können aufgrund einer Gewichtung einem aufwendigen Patienten ggf. mehr Kosten zugeordnet werden, als sich letztlich über die Kodierung in der DRG und der darauf beruhenden Abrechnung als Erlös ergeben. Sofern die über die Kostengewichtung abgebildete Personalbindung in einem plausiblen Rahmen bleibt, ist ein solcher Fall in der Analysemenge zu belassen.

Auslastung

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

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

3.2.2.2 Normalstation

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

3.2.2.3 Operative Behandlung und Anästhesie

Kalkulationsfehler im OP können beispielsweise aufgrund fehlerhafter Erfassung der Operationszeit, falschem Gleichzeitigkeitsfaktor sowie unplausibel hohen Kostensätzen entstehen. Werden beispielsweise die Kosten der Ärzte vollständig im OP verbucht, obwohl die Ärzte zwischen den OP-Zeiten auch andere Leistungen erbringen, führt dies zu unplausibel hohen Kostensätzen im OP, während diese Kosten in anderen Bereichen wie beispielsweise den Stationen fehlen können. Nach dem Ausschluss von Dokumentations- und Kalkulationsfeh-

lern stellten sich hohe Kosten in den Kostenstellengruppen 4 (OP-Bereich) und 5 (Anästhesie) meist aus folgenden Gründen dar:

Auslastung

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

Mehrfachoperationen bei schwerem Verlauf

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

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

Soweit sich in einzelnen DRGs typische Fälle mit Mehrfachoperationen in ausreichender Anzahl abgrenzen ließen und entsprechende Kostenunterschiede aufwiesen, wurden sie im Rahmen der Weiterentwicklung des DRG-Systems weiter analysiert und ggf. aufgewertet. Dadurch wurde die Abbildung von Mehrfachoperationen im DRG-System weiter verbessert (siehe auch Abschlussbericht G-DRG-System 2018).

Implantatkosten

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

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

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

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

3.2.2.4 Medikamente und ergänzende Daten

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

- Fehler in ergänzenden Daten, z.B.
 - Fehlerhafte Einheit (z.B. Angabe von g statt mg)
 - Unplausibles Verhältnis von Dosis zu Preis
- In den ergänzenden Daten werden Präparate angegeben, für die ein OPS existiert
 - ohne dass dieser OPS angegeben wurde, oder
 - der OPS wurde in einer anderen Dosierung angegeben als in den ergänzenden Daten
- In den OPS-Daten findet sich ein relevanter OPS, zu dem jedoch keine Angabe in der Ergänzenden Datenbereitstellung (ED) erfolgte
- Im §-21-Datensatz wurde ein abrechnungsrelevanter OPS angegeben, zu dem jedoch kein Entgelt (ZE/NUB) übermittelt wurde
- In der Entgelte-Datei wurde ein Entgelt angegeben, ohne dass ein entsprechender OPS übermittelt wurde

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

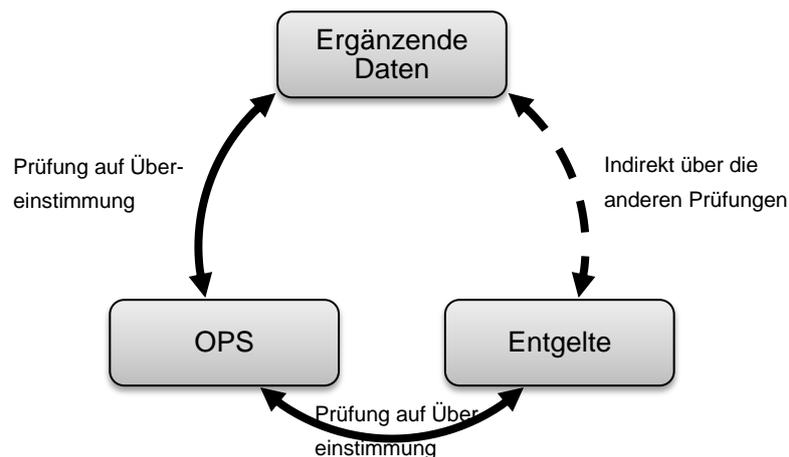


Abbildung 20: Prüfung der Übereinstimmungen zwischen ergänzenden Daten, dokumentierten OPS und Entgelte-Datei

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

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

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

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

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

- Kosten für Medikamente, die nicht durch Zusatzentgelte oder als NUB abgebildet sind, werden bei der Kalkulation der DRG des jeweiligen Falles berücksichtigt und gehen somit in die Ermittlung des DRG-Relativgewichts ein, sodass sie – systemweit betrachtet – entsprechend finanziert sind.
- Wie im Vorjahr zeigte sich auch bei vielen teuren Medikamenten (beispielsweise bestimmten Antibiotika), dass die Finanzierung dieser Medikamente in der Regel sachgerecht durch die DRG erfolgt, da entweder diese Medikamente nur einen verhältnismäßig geringen Anteil bei bereits aus anderen Gründen sehr teuren DRGs ausmachen oder keine Schiefelage im Sinne einer deutlich unterschiedlichen Verteilung über verschiedene Krankenhäuser besteht.

Besondere Konstellationen am Beispiel polyvalenter Immunglobuline

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

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

So gibt es unterschiedliche Präparate mit deutlichen Unterschieden bei den Dosiskosten. Die unterschiedlichen Preise der einzelnen Präparate zeigten in der eingehenden Analyse keine eindeutige Systematik. So lässt sich beispielsweise in den für 2016 verfügbaren Daten (einschließlich der Rückmeldungen der Kalkulationskrankenhäuser zu nachgefragten Auffälligkeiten bei Immunglobulinen) keine eindeutige Abhängigkeit der Preise pro Einheit von der Zusammensetzung des Präparats nachweisen, wie dies z.B. hinsichtlich des IG_M-Anteils zum Teil beschrieben worden ist. Eine weiter differenzierte ergänzende Datenabfrage wird die Analysemöglichkeiten zu diesen sehr finanzrelevanten Präparaten im laufenden Jahr weiter verbessern.

Weiterhin divergieren die angegebenen Kosten auch bei gleichen Präparaten zwischen verschiedenen Krankenhäusern. Dies kann dadurch erklärt werden, dass Krankenhäuser Medikamente zum Teil mengenabhängig zu unterschiedlichen Preisen einkaufen, sodass ein Krankenhaus mit einem hohen Verbrauch geringere Dosiskosten hat als ein Krankenhaus, in dem diese Medikamente nur gelegentlich verabreicht werden. Da die typischen Ist-Kosten-

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

3.2.2.5 Dialyse

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

3.3 Überarbeitung der G-DRG-Klassifikation für 2018

3.3.1 Übersicht

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

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

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

- Anpassungen bei der Abbildung von Kindern
- Verbesserungen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung
- Verbesserte Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
- Präzisierung der Funktion für die „komplexe Vakuumbehandlung“

- Etablierung eigener DRGs für Implantation, Wechsel, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen in verschiedenen MDCs
- Im Rahmen des mehrstufigen Prozesses zur Weiterentwicklung des patientenbezogenen Gesamtschweregrads detaillierte Prüfung einzelner Diagnosen
- Stärkere Differenzierung bestehender (Basis-)DRGs

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

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

Zu beachten ist, dass im vorliegenden Bericht die Kostendeckung von Kostenausreißern in erster Linie auf Grundlage der aktuellsten verfügbaren Daten und des aktuellsten verfügbaren Entgeltsystems analysiert wird. Hinsichtlich der Vergütung über Fallpauschalen entspricht dieser Vorgehensweise die Verwendung des G-DRG-Groupers 2016/2018, der ja gerade Daten des Jahres 2016 nach der G-DRG-Klassifikation 2018 verarbeiten kann. Folglich werden auch die DRG-Erlöse anhand der Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2018 ermittelt. Die Erlösbestandteile „Zusatzentgelte“ und „NUB-Entgelte“ hingegen werden auf Grundlage der fallbezogenen Angaben in der Entgelte-Datei in die Analyse einbezogen, sodass hier die Entgelte des Jahres 2015 maßgeblich sind. Diese Vorgehensweise kann zu einer deutlichen Überschätzung der Unterdeckung bei Fällen führen, die von neuen oder veränderten Zusatzentgelten oder NUB betroffen sind (vgl. Darstellung in Kap. 3.3.9).

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

3.3.2 Anpassungen bei der Abbildung von Kindern

Im Rahmen der diesjährigen Extremkostenanalysen wurde an verschiedenen Stellen des G-DRG-Systems eine Etablierung weiterer „Kindersplits“ (ggf. eingeschränkt durch weitere Bedingungen) simuliert. Dabei gelang es im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, die Vergütungssituation für Fälle mit sehr hohen Kosten deutlich zu verbessern. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die folgenden DRGs zu nennen:

- *A61B Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, [...] mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 10 Jahre),

- B20A *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre* (Anpassung der bisherigen Altersbedingung von Alter < 16 Jahre auf Alter < 18 Jahre),
- E06A *Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter < 10 Jahre [...]* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 10 Jahre),
- E75A *Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre* (Anhebung der bisherigen Altersgrenze von Alter < 10 Jahre auf Alter < 16 Jahre),
- G26A *Andere Eingriffe am Anus, Alter < 16 Jahre [...]* (Änderung der bisherigen Altersgrenze von Alter < 14 Jahre auf Alter < 16 Jahre),
- I28B *Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter < 10 Jahre* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 10 Jahre) und
- L06B *Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre* (zusätzliche Eingruppierung von Fällen mit Alter < 16 Jahre)

Als besonders kostenintensiv erwiesen sich in den chirurgischen DRGs der MDC 15 *Neugeborene* Fälle mit einem offen chirurgischen Verschluss einer kongenitalen Zwerchfellhernie. Neben den bereits in der Basis-DRG P02 abgebildeten Neugeborenen mit kardiothorakalen Eingriffen oder Gefäßeingriffen werden zukünftig diese Konstellationen ebenfalls in der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie beim Neugeborenen* abgebildet.

Innerhalb der Basis-DRGs P66 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000–2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden [...]* und P67 *Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden* konnten Neugeborene mit Krampfanfall in Kombination mit mindestens zwei unterschiedlichen diagnostischen Maßnahmen für das G-DRG-System 2018 aufgewertet und ihren deutlich höheren Kosten somit Rechnung getragen werden.

Weitere Analysen zeigten, dass Neugeborene mit einer Beatmungsdauer von mehr als 24 Stunden in der DRG P67B und mehr als 48 Stunden in der DRG P66B nicht sachgerecht vergütet waren. Beispielsweise war für Fälle, die zwar 90 Stunden beatmet wurden, aber die Kriterien der Funktion *Mehrere schwere Probleme beim Neugeborenen* [MSPNG] nicht erfüllten, eine Abbildung in der DRG P67A nicht möglich. Letztlich wurde die entsprechende Splitbedingung erweitert und diese Fälle entsprechend ihren Kosten höhergruppiert.

3.3.3 Verbesserungen im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung

Im Rahmen der Entwicklung der G-DRG-Version 2015 konnten erstmals Fälle mit aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung – dem sogenannten „Super-SAPS“ – analysiert werden. In der Folgezeit gelang es immer wieder, die Abbildung dieser komplexen und kostenintensiven Fälle deutlich zu verbessern. Auch in diesem Jahr fielen erneut intensivmedizinisch behandelte Fälle aufgrund deutlich höherer Kosten auf. Dabei wurden wie in den Vorjahren ebenfalls niedrigere Schwellen für Aufwandspunkte der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (IntK) als Kostentrenner geprüft und die entsprechenden Anpassungen vorgenommen, wie beispielsweise:

- die Erweiterung der Basis-DRG A06, sodass zukünftig zur Gruppierung in die Basis-DRG A06 neben der Beatmungszeit nun auch die Durchführung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung notwendig ist, da „ausschließlich beatmete“ Fälle auch

bei ähnlichen Verweildauern deutlich geringere Kosten aufwiesen als die überwiegende Anzahl dieser auf einer Intensivstation behandelten Patienten,

- die Anpassung der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation*, sodass nun alle Fälle der Basis-DRG B20 *Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation* in Verbindung mit einer Intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 Aufwandspunkte oder aufwendiger Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 368 Aufwandspunkte in die Basis-DRG B02 eingruppiert werden,
- die Aufwertung von Fällen mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte, aufwendiger Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkte oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 368 Aufwandspunkte in die DRG E02A *Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre* und
- die Aufwertung von Fällen mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte, aufwendiger Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkte oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkte in die DRG O01A *Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte*.

Weiterhin ist im Bereich der Intensivmedizin die Streichung der Obergrenze von 500 Beatmungsstunden in der Basis-DRG A11 *Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte* und die Streichung der Obergrenze von 250 Beatmungsstunden in der Basis-DRG A13 *Beatmung > 95 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte* erwähnenswert, durch die im Ergebnis einige Extremkostenfälle aufgrund einer höheren Eingruppierung nun sachgerecht vergütet werden.

3.3.4 Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bzw. nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern

Multiresistente Erreger (MRE) sind typischerweise gegen die Behandlung mit mehreren verschiedenen Antibiotika unempfindlich. Dies erfordert eine konsequente Isolation der Betroffenen, um eine Weiterverbreitung dieser Keime zu verhindern. Die Verschlüsselung des entsprechenden OPS-Kodes für diese Behandlung ist an verschiedene Voraussetzungen geknüpft. So muss beispielsweise eine Behandlung durch speziell ausgewiesenes medizinisches Personal in Zusammenarbeit mit einem Krankenhaushygieniker erfolgen und die Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von MRE sichergestellt sein, ebenso die Durchführung von strikter Isolierung unter Berücksichtigung der aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Der OPS-Kode 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]* ist mehrfach differenziert. An fünfter Stelle wird kodiert, ob die Behandlung auf spezieller oder nicht auf spezieller Isoliereinheit erfolgte. Mit der sechsten Stelle des Codes wird die Behandlungsdauer erfasst, gestaffelt nach Behandlungstagen.

Weist ein Patient anstelle der genannten Keime nicht multiresistente, jedoch isolationspflichtige Erreger auf, so steht zur Verschlüsselung dieser Fälle ab dem OPS Version 2016 ein zwar ähnlich, jedoch nicht identisch differenzierter spezifischer Prozedurenkode 8-98g zur Verfügung. Im Gegensatz zum OPS-Kode 8-987, bei dem die Staffelung auf einem 7-Tage-Intervall beruht, basiert die Staffelung beim OPS-Kode 8-98g auf einem 5-Tage-Intervall, was einen unmittelbaren Vergleich oder eine Gleichbehandlung beider Codegruppen erschwert.

Im Rahmen der generellen Analyse von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern wurden die Fallzahl sowie Unterschiede bei (Tages-)Kosten und Verweildauer im Vergleich zu Fällen ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, der Einfluss der Dauer der Komplexbehandlung und Unterschiede zwischen der Behandlung auf spezieller und nicht auf spezieller Isoliereinheit analysiert. Zudem erfolgte eine Ausweitung der Analyse auf die Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern. Bezüglich der Abbildung von Fällen mit multiresistenten Erregern ergab sich nach den umfangreichen Umbauten der Vorjahre ein eher geringer Änderungsbedarf. Beispielsweise wurde eine neue DRG G77B *Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* etabliert, die die Fälle mit Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern nicht auf spezieller Isoliereinheit mit einer Behandlungsdauer von mindestens 7 bis höchstens 13 Tagen besser abbildet und zu einer deutlichen Erhöhung der Vergütung zahlreicher konservativ behandelte Fälle führt.

Eine gänzliche Gleichstellung der Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern mit der Komplexbehandlung bei MRE war schon aufgrund der oben unterschiedlich gestaffelten OPS-Kodes nicht möglich. Erstere ist ab dem G-DRG-System 2018 analog zu dem analysierten Kostenunterschieden ebenfalls in der Basis-DRG G77 sowie in der MDC 04 den DRGs E77D *Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]* und E79B *Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane [...]* ab einer Behandlungsdauer von zehn Tagen gruppierungsrelevant. Bei dem neuen Code liegen die Einstiegsschwellen hinsichtlich der für die Eingruppierung erforderlichen Behandlungsdauer jeweils etwas höher als bei dem schon länger etablierten Code für die MRE-Komplexbehandlung.

Da davon auszugehen ist, dass sich in den kommenden Jahren die Datengrundlage in den beschriebenen Bereichen deutlich verbessert, wird zukünftig neben der routinemäßigen Überprüfung der klassifikatorischen Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern auch eine Analyse von Fällen mit Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern Thema der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sein.

3.3.5 Komplexe Vakuumbehandlung

Im G-DRG-System gibt es spezielle „Funktionen“. Dies sind logische Definitionen, die typischerweise an mehreren Stellen des G-DRG-Algorithmus, oft in mehreren MDCs, angewendet werden. Für komplexe Fälle, die einer Behandlung von Problemwunden mit Vakuumverbänden und -pumpensystemen bedürfen, wurde bereits vor mehreren Jahren die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ etabliert. Sie ist definiert über die Kriterien Anlage eines Systems zur Vakuumbehandlung mit einer kontinuierlichen Sogbehandlung über mindestens acht Tage mit zusätzlichen bestimmten operativen Eingriffen an mindestens vier Tagen.

Eine Betrachtung der Entwicklung dieser Funktion ergab bei tendenziell steigender Fallzahl sinkende Relativgewichte, was ein Hinweis auf einige weniger komplexe Fälle mit deutlich geringeren Kosten in diesen spezifischen DRGs sein könnte. So erfolgte für das G-DRG-System 2018 eine individuelle Anpassung der Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“ in Abhängigkeit von der jeweiligen MDC. Die Funktion unterscheidet sich also zukünftig zwischen den einzelnen Hauptdiagnosegruppen, sie ist beispielsweise in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen an den Verdauungsorganen* anders als in der MDC 06 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* definiert. Zudem führte eine Neuuzuordnung der weniger komplexen Fälle zu anderen DRGs der jeweiligen MDC zu einer deutlichen Aufwertung der in den DRGs für die komplexe Vakuumbehandlung verbliebenen Fälle, was sich in den steigenden Relativgewichten der entsprechenden Fallpauschalen widerspiegelt (siehe Tabelle 6).

DRG	MDC	RG 2016	RG 2017	RG 2018
G35Z	Verdauungsorgane	11,365	10,152	11,518
I98Z	Bewegungssystem	6,202	6,140	7,816
J35Z	Haut	5,299	4,892	6,030

Tabelle 6: Änderung der Relativgewichte (RG) der DRGs für die Funktion „Komplexe Vakuumbehandlung“

Auch der Prozedurenkode für eine isolierte Anlage eines Systems zur Vakuumbehandlung ist – ohne die Bedingung der oben genannten Funktion zu erfüllen – in einigen DRGs gruppenrelevant. In der DRG I50Z *Gewebe- / Hauttransplantation, [...] fanden sich Kostendifferenzen in Abhängigkeit von der Dauer der Behandlung, sodass für das G-DRG-System 2018 eine Differenzierung dieser Basis-DRG vorgenommen wurde:*

- I50A *Gewebe-/Haut-Transplantation [...], mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen (RG: 2,887)*
- I50B *Gewebe-/Haut-Transplantation [...], ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre (RG: 1,665)*
- I50C *Gewebe-/Haut-Transplantation [...], ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre (RG: 0,927)*

3.3.6 Abbildung von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen

Neurostimulatoren werden zur Behandlung verschiedenster Erkrankungen eingesetzt, beispielsweise bei Morbus Parkinson, Schmerz, Epilepsie, Zwangserkrankungen und auch Stuhl- und Harninkontinenz. Dabei lassen sich die verwendeten Neurostimulationssysteme, die zumeist aus dem eigentlichen Stimulator (Aggregat) und einem zugehörigen Elektrodensystem bestehen, anhand der Lokalisationen Hirn, Rückenmark und peripheres Nervensystem unterteilen. Verschiedene Zusatzentgelte decken die vergleichsweise hohen Sachkosten der Neurostimulatoren ab und differieren entsprechend den Kosten der verwendeten Systeme (Ein- beziehungsweise Mehrkanalsystem) deutlich in ihrer Höhe. Die verschiedenen Indikationen und die damit verbundenen unterschiedlichen Hauptdiagnosen zur Implantation von Neurostimulationssystemen bedingen eine breite Streuung der Fälle in verschiedene MDCs. In der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* sind die Eingriffe zur Neurostimulation am Hirn weitgehend einheitlich abgebildet. Es werden sowohl die reine Elektrodenimplantation als auch die Eingriffe mit Ein- oder Mehrkanalstimulatoren mit den entsprechenden Zusatzentgelten sowie der spezifischen Basis-DRG B21 *Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* sachgerecht abgebildet. In diesem Anwendungsbereich wurde für das G-DRG-System 2018 keine Änderung vorgenommen. Außerhalb dieser typischen Fallpauschalen war die Eingruppierung der Fälle mit Neurostimulator-Eingriffen bei den Anwendungsbereichen Rückenmark und peripheres Nervensystem im G-DRG-System 2017 uneinheitlich. Es fanden sich wenig aufwendige Fälle häufig in relativ hoch bewerteten sogenannten „Reste“-DRGs oder in der MDC 24 *Sonstige DRGs* (Basis-DRG 801 und 802), woraus eine inhomogene Zusammensetzung dieser DRGs und bei bestimmten Konstellationen Abbildungsprobleme für Fälle mit hohen Sachkosten resultierten. Ein weiteres Problem besteht in der mittlerweile gängigen Praxis des Einbaus von permanenten Elektrodensystemen zur Teststimulation. Erfolgt dies in einem isolierten Eingriff mit späterer Implantation des Neurostimulatoraggregats, so zeigten sich diese mehrheitlich operierten Fälle mitunter nicht sachgerecht vergütet.

Es wurde insbesondere in den zumeist betroffenen MDCs (MDC 01, MDC 06, MDC 08 und MDC 11) nach Möglichkeiten einer verbesserten Abbildung gesucht. Dabei lassen sich die Eingriffe zur Neurostimulation in vier Leistungsgruppen gliedern:

- Implantation/Wechsel der Neurostimulatoren mit/ohne Elektrodensystem
- Implantation/Wechsel von permanenten Elektrodensystemen
- Implantation/Wechsel von Testelektrodensystemen
- Revision/Entfernung von Neurostimulatoren/Elektrodensystemen (Leistungen ohne typischerweise hohe Sachkosten)

Daneben mussten die folgenden Betrachtungsebenen berücksichtigt werden:

- Einzelelektroden-/Mehrelektrodensysteme
- Ein-/Beidseitige Implantationen

Abbildung 21 zeigt exemplarisch die neue Basis-DRG B19 *Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems*.

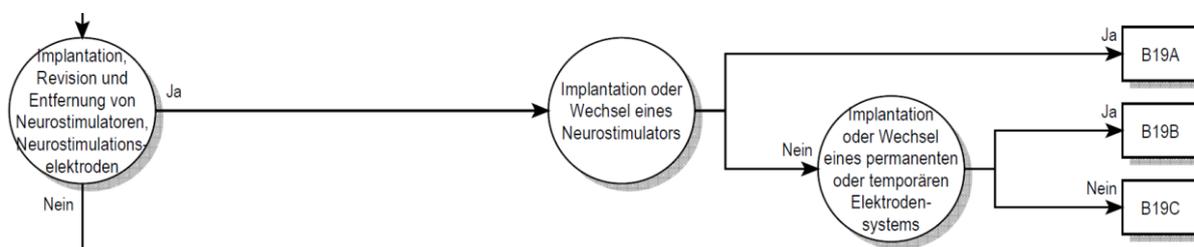


Abbildung 21: Neue Basis-DRG B19 im G-DRG-System 2018 zur Abbildung der Neurostimulation

Es zeigte sich, dass eine einheitliche Umsetzung mit separater Abbildung aller vier Leistungsgruppen nicht in allen MDCs vonnöten war. Fälle mit Revision oder Entfernung von Neurostimulatoren oder Elektroden waren in den MDCs 06, 08 MDC 11 sachgerecht in bestehenden Basis-DRGs abgebildet, auch die Teststimulation in MDC 06 und MDC 08. Letztlich wurden zehn neue DRGs zur differenzierten Abbildung der Neurostimulation etabliert, Tabelle 7 gibt eine Übersicht zu den entsprechenden Fallpauschalen im G-DRG-System 2018.

MDC	01 Nervensystem	05 Kreislauf	06 Verdauungssystem	08 Bewegungsapparat	11 Harnorgane	23 Sonstige Zustände...
Implantation/Wechsel des Neurostimulators	DRG B19A		DRG G13A	DRG I19A	DRG L16A	Diagnoseunabhängig Umleitung in MDC 01 oder weiterhin Abbildung in der Basis-DRG Z01
Implantation permanente Elektrodensysteme	DRG B19B	Neuzuordnung innerhalb der Basis-DRG F21	DRG G13B	DRG I19B	DRG L16B	
Implantation Testelektroden					DRG L16C	
Revision/Entfernung von Aggregaten oder Elektroden	DRG B19C		weiterhin in der Basis-DRG G11	weiterhin in der Basis-DRG I10	weiterhin in der Basis-DRG L09	

Tabelle 7: Übersicht über die Neurostimulator-DRGs. Die neu etablierten DRGs sind blau dargestellt

3.3.7 Patientenbezogener Gesamtschweregrad

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

Nachdem in den letzten Jahren zum einen die Formel zur Berechnung des PCCL angepasst und zum anderen neue PCCL-Werte für sogenannte „schwerste CC“ eingeführt wurden, erfolgte im Rahmen der aktuellen Weiterentwicklung sowohl systemweit als auch in einzelnen Basis-DRGs eine detaillierte Prüfung einzelner Diagnosen. Schwerpunktmäßig wurden dabei

insbesondere Diagnosen analysiert, die mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllten: Ähnlichkeit mit dem typischen Inhalt der jeweiligen Basis-DRG, streitbefangene oder wenig belastbare Kodierung, eine „Schiefelage“ in der Kalkulationsstichprobe, Änderungen im ICD-10-GM oder eine stark ansteigende Häufigkeit bei der Kodierung.

Da die Anzahl der verschlüsselten Nebendiagnosen offenbar schneller wächst als die Fallzahl, resultiert daraus (siehe Abbildung 22) bei gleichbleibenden CCL-Werten ein Anstieg des nach oben begrenzten PCCL-Niveaus.

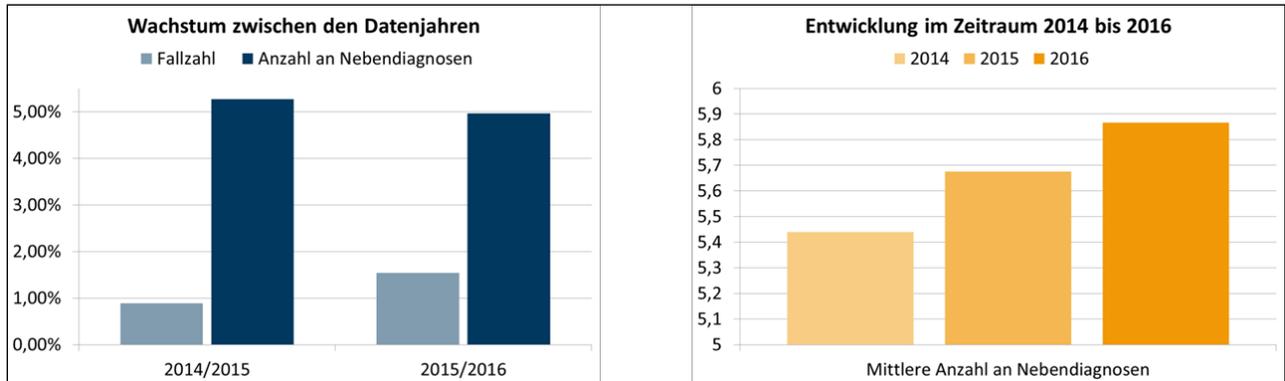


Abbildung 22: Vergleich des Wachstums von Fallzahl und Anzahl an Nebendiagnosen zwischen den Datenjahren 2014 und 2015 bzw. 2015 und 2016 (links) sowie Entwicklung der mittleren Anzahl an Nebendiagnosen je Fall für die Datenjahre 2014 bis 2016 (rechts)

Als Konsequenz hatten auch in diesem Jahr bei den Analysen zur CCL-Matrix vor allem Diagnosen mit signifikantem Fallzahlwachstum sowie großer Häufigkeit im oder Bedeutung für das Gesamtsystem oberste Priorität. Hier gilt es zu prüfen, ob diese Diagnosen im Schweregrad-System weiterhin einen Mehraufwand begründen. Ist dies nicht der Fall, so erfolgte in der Regel eine Abwertung der CCL-Werte um 1 in den Basis-DRGs, in denen sie einen Ressourcenmehraufwand nicht mehr begründen. Die daraus resultierenden „schärferen“ PCCL-Splits sorgen dann im G-DRG-System erneut für eine sachgerechtere Trennung von zum Teil (extrem) teuren und weniger teuren Fällen.

Bereits im Vorjahr wurden drei Diagnosekodes für Funktionseinschränkungen höherer Schweregrade neu in die CCL-Matrix aufgenommen: U50.4- *Schwere motorische Funktionseinschränkung*, U50.5- *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung* und U51.2- *Schwere kognitive Funktionseinschränkung*. Bei der routinemäßigen Überprüfung dieser Diagnosen im Rahmen der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2018 fielen in einigen Basis-DRGs erneut Fälle mit vergleichsweise höheren Kosten auf, sodass die entsprechenden Diagnosekodes für *Sehr schwere motorische Funktionseinschränkung: Barthel-Index: 0–15 Punkte* (U50.50) und *Motorischer FIM: 13–30 Punkte* (U50.51) als auch für *Schwere kognitive Funktionseinschränkung: Kognitiver FIM: 5–10 Punkte* (U51.21) und *MMSE: 0–16 Punkte* (U51.22) letztlich erneut aufgewertet werden konnten.

Sowohl aus Hinweisen aus Vorschlags- und Anfrageverfahren als auch nach internen Analysen wurden viele weitere Diagnosen bezüglich ihrer Abbildung in der CCL-Matrix untersucht und dabei multiple Abwertungen, Streichungen, Aufwertungen und Aufnahmen simuliert. Umfassende Analysen führten dazu, dass die CCL-Werte zahlreicher Diagnosen innerhalb mehrerer Basis-DRGs angepasst werden mussten. Im Einzelnen werden die Veränderungen für das G-DRG-System 2018 in Abbildung 23 dargestellt.

<u>CCL-Matrix</u>	
▪ Abwertung in < 3 Basis-DRGs:	550
▪ Abwertung in 3–9 Basis-DRGs:	50
▪ Abwertung in 10–29 Basis-DRGs:	12
▪ Abwertung in mindestens 30 Basis-DRGs:	168
▪ Aufwertung:	9
▪ Auf- und Abwertung je nach Basis-DRG:	3
▪ Neuaufnahme:	7
▪ Global aus der CCL-Matrix gestrichen:	7

Abbildung 23: Veränderungen an der CCL-Matrix 2018

3.3.8 Weitere klassifikatorische Umbauten

Neben den systemweiten Umbauten wie PCCL, Intensivmedizin, Abbildung von Kindern oder Neurostimulatoren, die schon allein aufgrund der Menge der vorgenommenen Umbauten sowie der reinen Kosten der Fälle die dominierenden Themen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018 waren, wurden an zahlreichen Stellen des Algorithmus umfassende Modifikationen vorgenommen. Diese erstreckten sich nahezu über alle Bereiche des G-DRG-Systems. Diese Umbauten sind zunächst tabellarisch dargestellt (vgl. Tabelle 8), in der Folge wird dann auf ausgewählte Beispiele detaillierter eingegangen.

MDC	MDC Text	Beispielhafte Umbauten im Bereich Extremkosten
Prä	Prä-MDC	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Graft-versus-Host-Krankheit • Abbildung von Kindern • Neuuzuordnung von „reinen Beatmungsfällen“
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	<ul style="list-style-type: none"> • Neurostimulatoren • „Super-SAPS“ • Abbildung von Kindern • Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	<ul style="list-style-type: none"> • Abbildung von Kindern • Implantation eines aktiven mechanischen Hör-implantats • Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals

MDC	MDC Text	Beispielhafte Umbauten im Bereich Extremkosten
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Abbildung von Kindern • Komplexbehandlung bei <u>nicht</u> multiresistenten isolationspflichtigen Erregern • Strahlentherapie
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	<ul style="list-style-type: none"> • Infektion und entzündliche Reaktion einer Herzklappenprothese • Ablative Maßnahmen an den Pulmonalvenen • Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Neurostimulatoren • Abbildung von Kindern • Komplexbehandlung bei <u>nicht</u> multiresistenten isolationspflichtigen Erregern
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“ • Pankreatitis mit Organkomplikation • Komplizierende Konstellationen H06 • Selektive interne Radiotherapie (SIRT)
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	<ul style="list-style-type: none"> • Neurostimulatoren • Frakturen der Halswirbelsäule • Strahlentherapie
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	<ul style="list-style-type: none"> • Großflächige lokale Lappenplastiken an Haut und Unterhaut
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Permanente Tracheostomie • Abbildung von Kindern
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Neurostimulatoren • Abbildung von Kindern
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Transurethrale Behandlung einer Prostatablutung • Bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane • Eingriffe am Penis bei Kindern
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Offen chirurgischer Verschluss einer vesikovaginalen Fistel
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	<ul style="list-style-type: none"> • „Super-SAPS“

MDC	MDC Text	Beispielhafte Umbauten im Bereich Extremkosten
17	Hämatologische und solide Neubildungen	<ul style="list-style-type: none"> Bestimmte Chemotherapie bei der Behandlung verschiedener Lymphomen Strahlentherapie
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> Meningokokken- und Pilzsepsis

Tabelle 8: Weitere Umbauten im Bereich der Extremkosten

Graft-versus-Host-Krankheit

Bei einem Versagen oder der Abstoßung eines hämatopoetischen Transplantats existiert im G-DRG-System neben der intensivmedizinischen Basis-DRG A36 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung [...] und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen* bei einem schweren Krankheitsbild für Fälle mit weniger schwerem Verlauf die anhand von äußerst schweren CC differenzierte Basis-DRG A61 *Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen*. Auch wegen des vergleichsweise hohen Erlössprunges zwischen den beiden DRGs A61A und A61B bat die Fachgesellschaft um eine Überprüfung und ggf. Neustrukturierung dieser Basis-DRG. Letztlich resultierte aus zahlreichen Analysen eine dreifache Differenzierung der Basis-DRG A61. Die Bedingung der DRG A61A wurde um die Diagnose für akute Graft-versus-Host-Krankheit, Grad III und IV, erweitert. Zudem wurde die DRG A61B unterteilt wodurch sowohl Kinder im Alter unter 10 Jahren als auch Fälle mit schweren CC aufgewertet wurden.

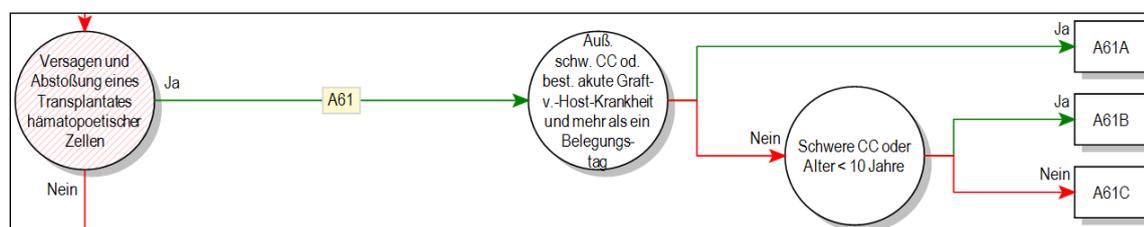


Abbildung 24: Neustrukturierte Basis-DRG A61 im G-DRG-System 2018

Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

In Abhängigkeit von der jeweiligen Behandlung wird der akute Schlaganfall unterschiedlich verschlüsselt und auch eingruppiert. Nur bei einer durchgeführten Neurologischen Komplexbehandlung („stroke heavy“) wurden bestimmte operativ versorgte Fälle in die Basis-DRG B39 *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur* eingruppiert und den DRGs B39A oder B39B zugeordnet. Nach Analyse wurde für das G-DRG-System 2018 auch die Prozedur für die „Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“ („stroke light“) mit mehr als 72 Stunden der Basis-DRG B39 und dort der DRG B39C zugeordnet und somit aufgewertet.

Infektion und entzündliche Reaktion einer Herzklappenprothese

Im Zuge der Weiterentwicklung für das G-DRG-System 2018 wurden Fälle mit einer Infektion und entzündlicher Reaktion durch eine Herzklappenprothese (ICD-Kode T82.6) untersucht. Deren Kostenstruktur ähnelte der der Fälle mit spezifischen Codes für *Akute und subakute infektiöse Endokarditis* und *Akute Endokarditis, nicht näher bezeichnet* (ICD-Kodes I33.0 und I33.9), sodass eine Angleichung der Gruppierungsrelevanz erfolgte und die Fälle mit einer Infektion und entzündlicher Reaktion durch eine Herzklappenprothese aufgewertet werden konnten.

Pankreatitis mit Organkomplikation

Eine Analyse von Fällen mit nekrotisierender Pankreatitis, einer schweren Verlaufsform der akuten Pankreatitis, zeigte verschiedene Ergebnisse. Während bei mehrfach operierten Patienten die Kosten überwiegend verweildauerassoziiert waren und über Zuschläge bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer eine meist sachgerechte Vergütung gegeben war, zeigte sich innerhalb der Basis-DRG H41 *ERCP oder bestimmte endoskopische Eingriffe* ein anderes Bild. Hier wurden Fälle mit einer Hauptdiagnose für Pankreatitis mit Organkomplikation und bestimmter multipler transgastraler Drainage bzw. Entfernung von Pankreasnekrosen (mindestens drei Prozeduren an drei unterschiedlichen Tagen) in die DRG H41A *Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie* aufgewertet.

Großflächige lokale Lappenplastiken an Haut und Unterhaut

Analysen von Fällen aus dem Datenjahr 2016 mit großflächigen lokalen Lappenplastiken an Haut und Unterhaut, wie z.B. Verschiebe-Rotationsplastik, Transpositionsplastik, Insellappenplastik oder Z-Plastik, zeigten eine Untervergütung in den DRGs J11C *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma, [...] mit best. Eingriff* und J11D *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma, [...] ohne best. Eingriff*. Die entsprechenden Prozeduren konnten in die Basis-DRG J10 *Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma* verschoben werden, wo für das G-DRG-System 2018 eine präzise und spezifische Abbildung sichergestellt werden konnte.

Permanente Tracheostomie

Fälle mit einer permanenten Tracheostomie wurden bislang in Abhängigkeit von ihrer Hauptdiagnose unterschiedlich eingruppiert. Bei Stimmbandparese bei Schilddrüsenkarzinom und daraus folgender progredienter Dyspnoe resultierte die operative Basis-DRG D15 *Tracheostomie*, während Fälle mit Stimmbandparese bei Schilddrüsenkarzinom, bei denen das Karzinom die Hauptdiagnose darstellte, der konservativen DRG K64D *Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, [...] zugeordnet* wurden. Für Letztere gelang durch Zuordnung zur operativen DRG K09C *Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten [...] mit komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre* eine aufwandsgerechte und spezifische Abbildung.

Bösartige Neubildung der männlichen Genitalorgane

Die Basis-DRG M04 *Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata* ist sowohl über die Komplexität der Eingriffe als auch über das Alter differenziert. Für das G-DRG-System 2018 wurden nun Fälle mit einer Hauptdiagnose für bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane und des Beckens aus der DRG M04D *Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre* in die DRG M04B verschoben und deutlich bessergestellt.

Offen chirurgischer Verschluss einer vesikovaginalen Fistel

Bislang waren Fälle mit offen chirurgischem Verschluss einer vesikovaginalen Fistel in der DRG N05A *Ovariectomien und [...] oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel* abgebildet. Zukünftig sind diese komplexen Eingriffe der Basis-DRG N01 *Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder [...] oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel* zugeordnet und konnten somit aufgewertet werden.

Meningokokken- und Pilzsepsis

Die Basis-DRG T60 Sepsis ist anhand zahlreicher Attribute siebenfach differenziert. Eine Meningokokken- oder Pilzsepsis wirkte bislang allerdings nur als Hauptdiagnose höhergruppierend. Da in den Kalkulationsdaten des Jahres 2016 aber auch die Fälle mit dieser Nebendiagnose höhere Kosten aufwiesen, werden diese zukünftig in die beiden DRGs T60B und T60C eingruppiert und damit aufgewertet.

3.3.9 Auswirkungen neuer oder veränderter Zusatzentgelte und NUB

Wie bereits dargestellt, kann die Analyse der Kostendeckung von Ausreißerfällen auf Grundlage der aktuellsten verfügbaren Daten und des aktuellsten verfügbaren Entgeltsystems zu einer im Einzelfall durchaus relevanten Überschätzung von Kostenunterdeckungen führen. Ursächlich dafür ist vor allem, dass Leistungen, für die Zusatzentgelte oder NUB in den Jahren 2017 oder 2018 neu etabliert wurden, erlösseitig noch keine Berücksichtigung finden, jedoch voll mit ihren Kosten in die Berechnung der Deckung eingehen. Im Einzelnen ist hier zu bedenken:

- Die Erlösbestandteile „Zusatzentgelte“ und „NUB-Entgelte“ werden auf Grundlage der Entgelte-Datei der Fälle in die Extremkostenanalyse einbezogen, sodass die auf Basis der Kalkulationsdaten des Jahres 2014 ermittelten Entgelte des Katalogs 2016 maßgeblich sind.
- Die DRG-Erlöse werden hingegen anhand der Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2018 ermittelt.
- Einer ZE- oder NUB-Leistung zuzuordnende Einzelkosten werden bei den Kalkulationsfällen in Abzug gebracht („Bereinigung“).
- In die Ermittlung der Deckung gehen jedoch die unbereinigten Kosten der Fälle ein, da hier ZE/NUB über die entsprechenden Erlöse eingehen.
- Die DRG-Relativgewichte des Fallpauschalen-Katalogs 2018 sind jedoch auf Grundlage der bereinigten Kalkulationsfälle berechnet, sodass die Kosten neu etablierter ZE/NUB-Leistungen dort bereits im Relativgewicht fehlen (im Abrechnungsjahr 2018 kommen stattdessen ergänzende Entgelte zur Anwendung).

Für die Berechnung der Kostendeckung nach der Methodik des Extremkostenberichts bedeutet das, dass daraus für Fälle mit neuen ZE oder NUB eine deutliche Überschätzung der Unterdeckung resultieren wird, da erlösseitig weder eine leistungsspezifische Vergütung über ZE/NUB noch eine „summarische“ Kompensation über anteilig durch diese Kosten erhöhte Relativgewichte Berücksichtigung finden. Diese Folge der gewählten Methodik ist nicht nur von theoretischer Bedeutung, sondern wurde in den Berichten der Vorjahre am Beispiel zahlreicher relevanter Leistungen dargestellt.

3.4 Analyse der Kostenausreißer

Die in Kapitel 2.1.2 ausführlich beschriebene Vorgehensweise zur Bestimmung der Verteilungsfunktionen und der damit korrespondierenden Grenzwerte für die Lower- und Upper-Kostenausreißer wurde im Rahmen der Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems jedes Mal durchgeführt, wenn eine Korrekturlieferung von §-21-Datensätzen erfolgte, Datensätze aus der Kalkulationsdatenmenge herausgenommen oder Klassifikationsänderungen vorgenommen wurden. Die endgültige Datenmenge für die Erstellung des Extremkostenberichts ergab sich durch die Berücksichtigung sämtlicher Datenmengenänderungen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems sowie der Rückmeldungen zu nachgefragten Kostenausreißern bis Oktober 2017. Nicht in der Analysemenge enthalten sind Kostenausreißer, für die das Krankenhaus auf Nachfrage einen Kalkulationsfehler identifiziert und an das InEK

kommuniziert hatte oder für die in Einzelfällen eine Antwort des Krankenhauses bis Oktober 2017 nicht eingegangen und deren nachgefragte Auffälligkeit von schwerwiegender Bedeutung für die Analyse zum Extremkostenbericht war.

3.4.1 Übersicht über die Verteilungszuordnung

Nach Abschluss der Arbeiten zur Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2018 im August 2017 fand eine letzte Datenannahme zur Analyse im Oktober 2017 statt, welche die nach August weiter eingegangenen Rückmeldungen der Krankenhäuser berücksichtigte und die Auswertungsgrundlage bzw. die „endgültige“ Datenmenge für den vorliegenden Extremkostenbericht darstellt.

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

Abbildung 25 zeigt die Verteilungszuordnung gemäß dem kleinsten quadratischen Abstand für die bereinigten Kosten. Der überwiegende Teil der DRGs (665 von 1.2042, entspricht 54%) wird am besten von einer Log-Normalverteilung beschrieben.

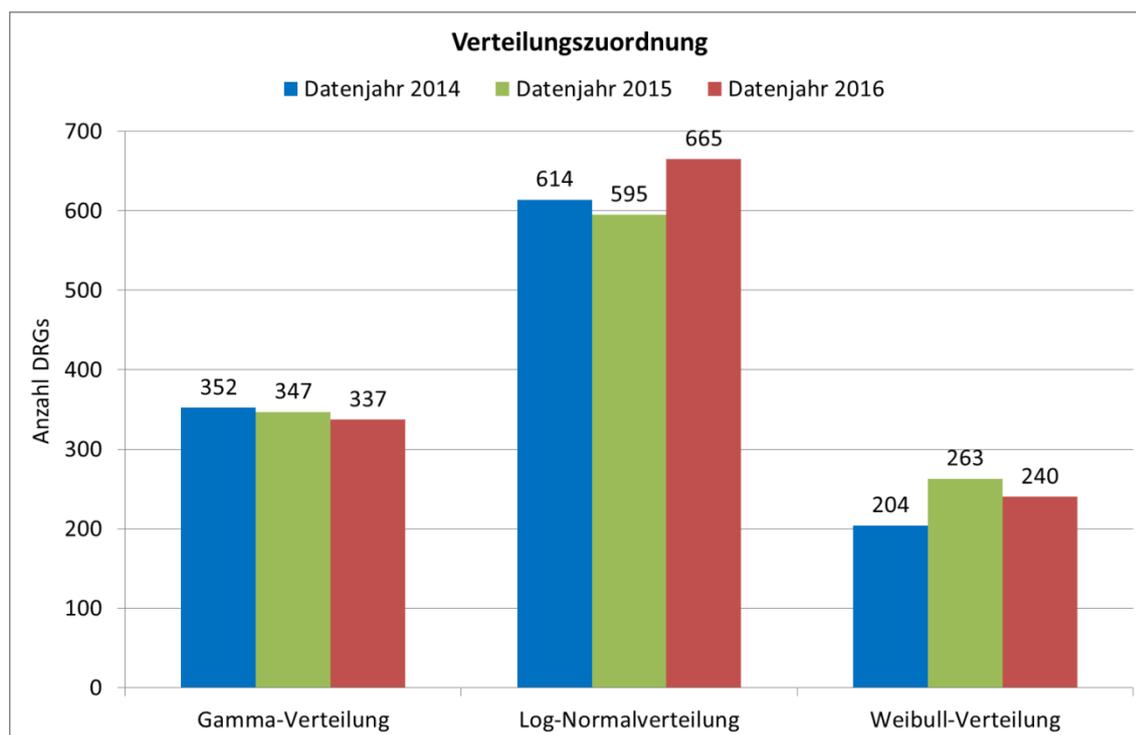


Abbildung 25: Verteilungszuordnung für die bereinigten Fallkosten, Anzahl DRGs, Datenjahre 2014 bis 2016

Der Anteil der Gamma-Verteilung ist mit 337 von 1.242 DRGs (entspricht 27%) höher als der Anteil der Weibull-Verteilung mit 240 von 1.242 DRGs (entspricht 19%). Die Zuordnung der DRGs zu den drei Verteilungsfunktionen für die bereinigten Fallkosten für das Datenjahr 2016 im Vergleich zum Datenjahr 2015 zeigt eine Zunahme bei der Log-Normalverteilung bei gleichzeitiger Abnahme bei der Weibull- und der Gamma-Verteilung. Die Größenordnung der drei Verteilungen entspricht aber im Großen und Ganzen der Verteilungszuordnung der DRGs in den vorherigen Extremkostenberichten.

Die Betrachtung der Fallanteile für die verschiedenen statistischen Verteilungen der bereinigten Fallkosten zeigt im Vergleich der Datenjahre 2014 bis 2016 keine bedeutsamen Unterschiede (vgl. Abbildung 26).

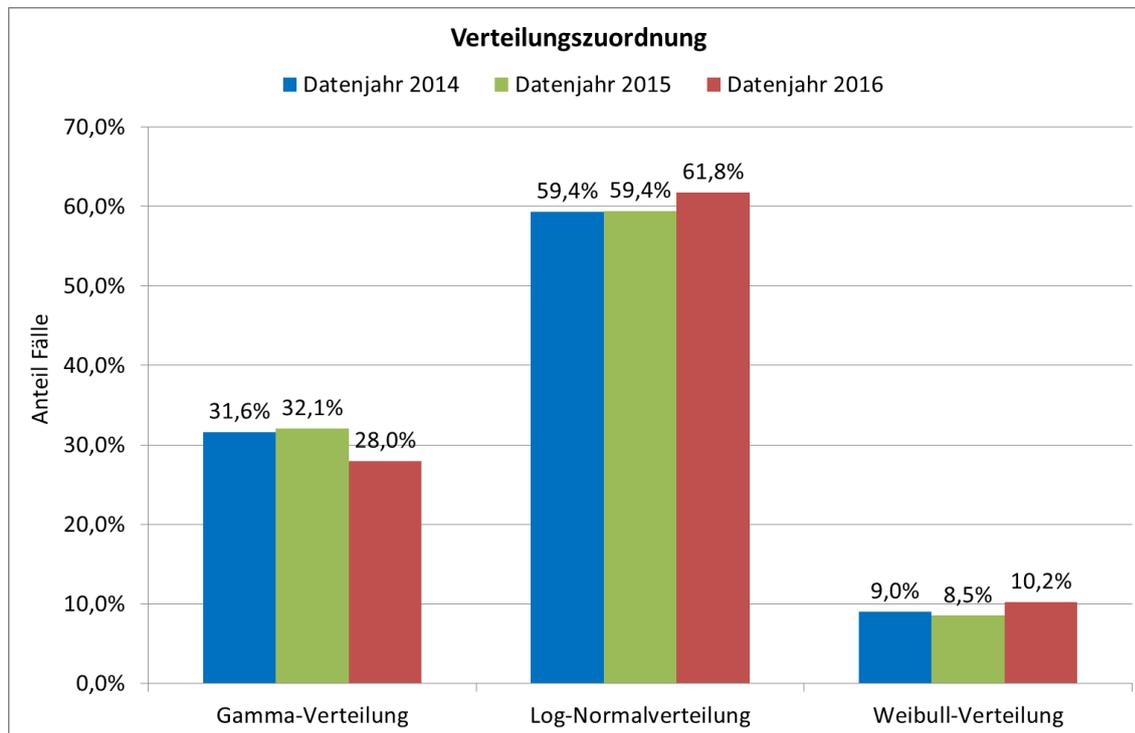


Abbildung 26: Verteilungszuordnung für die bereinigten Fallkosten, Fallanteile, Datenjahre 2014 bis 2016

3.4.2 Kategorisierung der Leistungen

Für die Analysen stehen 1.242 DRGs aus 245 Krankenhäusern zur Verfügung. Da der Extremkostenbericht mögliche Anhaltspunkte für die Beratungen in der Selbstverwaltung zur Verbesserung der Vergütungsgerechtigkeit liefern soll, ist eine zu feingliedrige Analyse auf Ebene einzelner DRGs oder Krankenhäuser nicht zielführend. Vielmehr ist eine thematische Schwerpunktsetzung zur Strukturierung der Ergebnisse und Erstellung differenzierter Analysen für den Extremkostenbericht hilfreicher. Die für die Analysen zum Extremkostenbericht bislang definierten Leistungsgruppen werden in ihrer Grundstruktur unverändert fortgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die dynamische Kategorisierung in den Datenjahren zu leicht unterschiedlichen Zusammensetzungen der Leistungsgruppen führen kann. Dies ergibt sich einerseits durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems durch Splits und Kondensationen von DRGs und andererseits durch Fallzahlverschiebungen in der Leistungserbringung zwischen den Datenjahren. Dennoch ergeben sich in den einzelnen Leistungsgruppen weitgehend stabile Kategorisierungen. Informationen zu den dynamischen Zusammensetzungen innerhalb der einzelnen Leistungsgruppen sind den jeweiligen Beschreibungen zu entnehmen.

3.4.2.1 Allgemeine Versorgungsleistungen

Die in dieser Leistungsgruppe analysierten DRGs zeichnen sich durch eine typischerweise allgemeine Versorgungssituation aus. Die mit den DRGs vergüteten Leistungen werden von zahlreichen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Die Auswahl der DRGs in der Leistungsgruppe **DRGAVL** beschränkt sich auf die 20 fallzahlstärksten DRGs sowie zusätzlich

diejenigen DRGs, die in mindestens 80% der Krankenhäuser in Deutschland (auf Basis der §-21-Datenlieferungen) erbracht werden. Im Datenjahr 2016 sind im Ergebnis dieser dynamischen Definition in der Leistungsgruppe DRGAVL 38 der 1.242 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 38 DRGs (Vorjahr 42 DRGs) repräsentieren in der Analysemenge einen Fallanteil von 29,4% (Vorjahr 31,5%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 14,5% (Vorjahr 15,8%).

Der VUD hat dem InEK seine Definition von Leistungsgruppen freundlicherweise für die Analysen zum Extremkostenbericht zur Verfügung gestellt. Diese wurden auf die vom InEK verwendete G-DRG-Version übertragen. Korrespondierend mit der Leistungsgruppe DRGAVL kann die vom VUD definierte Leistungsgruppe **DRGRegelVUD** betrachtet werden. In der Leistungsgruppe DRGRegelVUD sind im aktuellen Datenjahr 784 DRGs (und damit 30 DRGs mehr als im Datenjahr 2015) enthalten. Diese 784 DRGs repräsentieren in der Analysemenge einen Fallanteil von 88,1% (Vorjahr 88,2%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 70,1% (Vorjahr 70,1%). Damit ist die Leistungsgruppe DRGAVL spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGRegelVUD.

Tabelle 9 am Ende des Abschnitts zeigt in einer Übersicht die Veränderung in der Zusammensetzung der Leistungsgruppen hinsichtlich der Anzahl der DRGs und des Fallanteils zwischen den Datenjahren 2015 und 2016.

3.4.2.2 Spezielle Versorgungsleistungen

Im Gegensatz zu den allgemeinen Versorgungsleistungen zeichnet sich die Leistungsgruppe der speziellen Versorgungsleistungen dadurch aus, dass die mit diesen DRGs vergüteten Leistungen typischerweise nur von wenigen Krankenhäusern erbracht werden und die Leistungserbringung gleichzeitig typischerweise mit Krankenhäusern der Maximalversorgung in Verbindung gebracht wird. Die Auswahl der DRGs in der Leistungsgruppe **DRGSVL** beschränkt sich auf DRGs mit einem hohen Anteil an Leistungserbringern der Universitätskliniken und der Maximalversorgung. Dazu wurden die DRGs ausgewählt, die sich durch einen nennenswerten Anteil an der Leistungserbringung bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle einer DRG durch die Universitätskliniken und Maximalversorger in Deutschland auszeichnen (mehr als ein Drittel der Fälle werden in Universitätskliniken und Maximalversorgern erbracht und mehr als ein Viertel der leistungserbringenden Krankenhäuser sind Universitätskliniken und Maximalversorger). Im Datenjahr 2016 sind im Ergebnis der dynamischen Definition in der Leistungsgruppe DRGSVL 179 (Vorjahr 181 DRGs) der 1.242 insgesamt analysierten DRGs enthalten. Diese 179 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 3,0% (Vorjahr 2,9%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 8,0% (Vorjahr 8,0%).

Korrespondierend mit der Leistungsgruppe DRGRegelVUD hat der VUD eine Leistungsgruppe für spezielle Versorgungsleistungen definiert. Die Leistungsgruppe **DRGMaxVUD** enthält 458 DRGs (Vorjahr 451 DRGs). Diese 458 DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 11,9% (Vorjahr 11,8%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 29,9% (Vorjahr 29,9%).

Tabelle 9 am Ende des Abschnitts zeigt in einer Übersicht die Veränderung in der Zusammensetzung der Leistungsgruppen hinsichtlich der Anzahl der DRGs und des Fallanteils zwischen den Datenjahren 2015 und 2016.

Die Leistungsgruppe DRGSVL ist spezifischer (mit weniger DRGs) definiert als die Leistungsgruppe DRGMaxVUD. Die Leistungsgruppen des VUD enthalten in Summe alle 1.242 analysierten DRGs, während die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL mit insgesamt 217 DRGs nur jeweils einen spezifischen Ausschnitt der 1.242 DRGs repräsentieren. Bei der Aufteilung in die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL sind 1.025 DRGs keiner der bei-

den Leistungsgruppen zugeordnet. Diese DRGs repräsentieren einen Fallanteil von 67,6% (Vorjahr 65,6%) und einen Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle von 77,5% (Vorjahr 76,2%).

Abbildung 27 zeigt die Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge für das Datenjahr 2016 in einer Übersicht. Die linke Säule zeigt dabei die Fallanteile der jeweiligen Leistungsgruppe und die rechte Säule den Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Fälle.

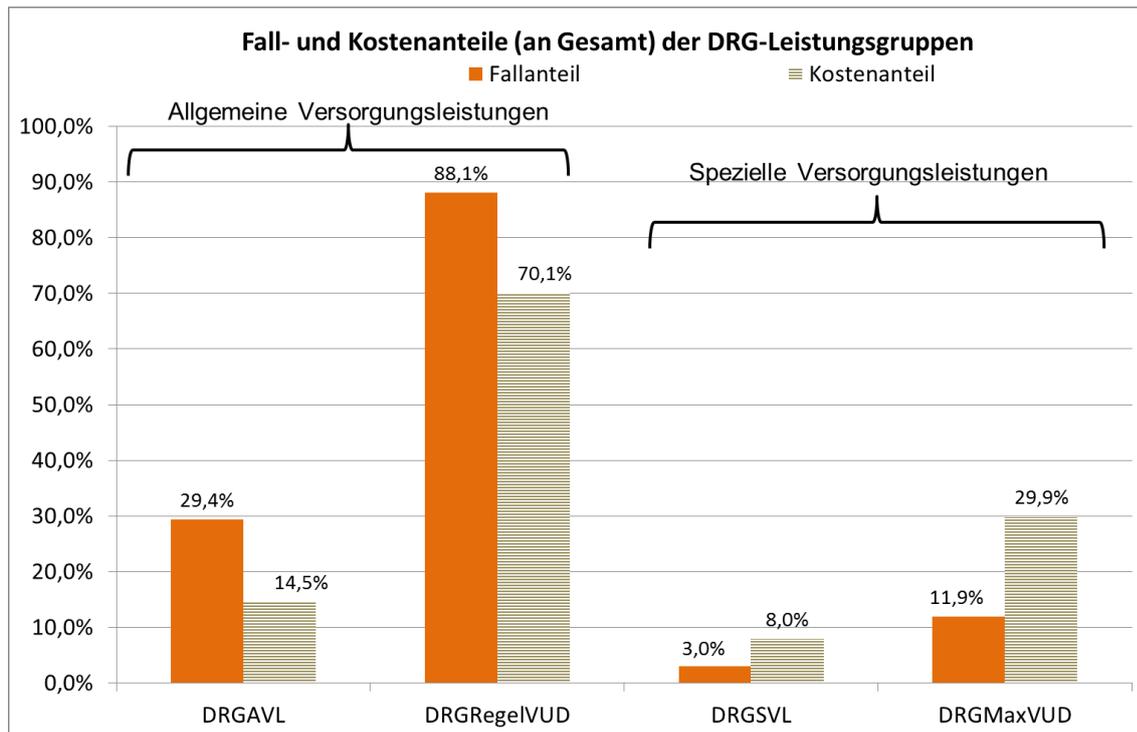


Abbildung 27: Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Analysemenge, Datenjahr 2016

Die Fall- und Kostenanteile in den beiden Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung sind auch im Datenjahr 2016 höher als in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgung. Abbildung 27 zeigt, dass die Leistungsgruppe DRGAVL mit einem Fallanteil von 29,4% nur einen Kostenanteil von 14,5% an den bereinigten Kosten aufweist. Die Leistungsgruppe DRGSVL mit einem Fallanteil von 3,0% weist dagegen einen Kostenanteil in Höhe von 8,0% an den bereinigten Kosten auf. Unverändert geht also die Erbringung von Leistungen in der Leistungsgruppe DRGSVL mit überdurchschnittlichen und in der Leistungsgruppe DRGAVL mit unterdurchschnittlichen Kosten einher.

3.4.2.3 Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Zusätzlich zur grundsätzlichen Differenzierung in allgemeine und spezielle Versorgungsleistungen werden drei weitere Leistungsgruppen betrachtet. In diesen Leistungsgruppen werden DRGs nach ihren wesentlichen Inhalten wie im Folgenden skizziert zusammengefasst:

1. Intensivmedizinische Leistungen (**DRGIntensiv**)

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

2. Onkologische Leistungen (**DRGOnko**)

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

3. Kinderonkologische Leistungen (**DRGKinderOnko**)

DRGs mit Schwerpunkt onkologischer Leistungen von Kindern. Die Leistungsgruppe DRGKinderOnko stellt eine Teilmenge der Leistungsgruppe DRGOnko dar.

Tabelle 9 zeigt für die verschiedenen Leistungsgruppen die Veränderung in der Zusammensetzung im Hinblick auf die Anzahl der DRGs sowie den Fallanteil (bezogen auf die Fallzahl in der Analysemenge insgesamt) im Vergleich der Datenjahre 2015 und 2016.

	Leistungsgruppe	Datenjahr	Anzahl DRGs Dj. 2015	Anzahl DRGs Dj. 2016	Fallanteil Dj. 2015	Fallanteil Dj. 2016
	Gesamt	2015 und 2016	1.188	1.188		
	Gesamt	Nur 2015	17	0		
	Gesamt	Nur 2016	0	54		
	Gesamt	Gesamt	1.205	1.242		
Allgemeine Versorgungs- leistungen	DRGAVL	2015 und 2016	34	34		
	DRGAVL	Nur 2015	8	0		
	DRGAVL	Nur 2016	0	4		
	DRGAVL	Gesamt	42	38	31,5%	29,4%
	DRGRegelVUD	2015 und 2016	743	743		
	DRGRegelVUD	Nur 2015	11	0		
	DRGRegelVUD	Nur 2016	0	41		
	DRGRegelVUD	Gesamt	754	784	88,2%	88,1%
Spezielle Versorgungs- leistungen	DRGSVL	2015 und 2016	167	167		
	DRGSVL	Nur 2015	14	0		
	DRGSVL	Nur 2016	0	12		
	DRGSVL	Gesamt	181	179	2,9%	3,0%
	DRGMaxVUD	2015 und 2016	445	445		
	DRGMaxVUD	Nur 2015	6	0		
	DRGMaxVUD	Nur 2016	0	13		
	DRGMaxVUD	Gesamt	451	458	11,8%	11,9%
Gesondert betrachtete Leistungsgruppen	DRGIntensiv	2015 und 2016	58	58		
	DRGIntensiv	Nur 2015	0	0		
	DRGIntensiv	Nur 2016	0	1		
	DRGIntensiv	Gesamt	58	59	1,4%	1,4%
	DRGOnko	2015 und 2016	221	221		
	DRGOnko	Nur 2015	4	0		
	DRGOnko	Nur 2016	0	4		
	DRGOnko	Gesamt	225	225	9,2%	9,1%
	DRGKinderOnko	2015 und 2016	17	17		
	DRGKinderOnko	Nur 2015	0	0		
	DRGKinderOnko	Nur 2016	0	0		
	DRGKinderOnko	Gesamt	17	17	0,2%	0,2%

Tabelle 9: Anzahl DRGs und Fallanteile der verschiedenen Leistungsgruppen, Datenjahre 2015 und 2016

3.4.3 Kategorisierung der Leistungserbringer

Um die Ergebnisse ohne direkten Hausbezug in den Auswertungen auf Gruppen von Krankenhäusern beziehen zu können, ist eine Klassifizierung der medizinischen Leistungserbrin-

ger sinnvoll. Damit wird dem Ziel des Extremkostenberichts Rechnung getragen, eine mögliche Basis für Beratungen in den Gremien der Selbstverwaltungspartner zu bilden.

Die nach den Plausibilisierungen verbliebene Kalkulationsstichprobe zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Datenjahr 2016 bestand aus 245 Krankenhäusern, davon 11 Universitätskliniken (Vorjahr: 10). Zu Analysezwecken wurden die elf Universitätskliniken zusammen mit drei großen Krankenhäusern der Maximalversorgung in einer Krankenhausgruppe mit dem Titel **KHUniMax** kategorisiert, deren Ergebnisse dann im Vergleich zur Gesamtheit und/oder der Menge der verbliebenen Krankenhäuser (**KHAndere**) betrachtet wurden.

Die Krankenhausgruppe KHAndere umfasst im Datenjahr 2016 mit 231 Krankenhäusern vier Häuser mehr als im Datenjahr 2015. Die Krankenhausgruppe KHAndere zeigt eine hohe Stabilität in der Zusammensetzung. 210 Häuser dieser Krankenhausgruppe (91%) nahmen bereits im Vorjahr an der Kostenkalkulation teil. 21 Häuser sind erstmals in der Analysemenge zum Extremkostenbericht enthalten. Damit nahmen 17 Krankenhäuser, die im Datenjahr 2015 Bestandteil der Analysemenge waren, im Datenjahr 2016 nicht an der Kostenkalkulation teil (siehe auch Abbildung 33 in Kap. 3.4.5).

Mit einem Fallanteil von 22,8% an allen analysierten Fällen repräsentieren die KHUniMax-Krankenhäuser etwas mehr als ein Fünftel der analysierten Fälle. Im Datenjahr 2015 lag dieser Anteil mit 22,2% in etwa gleich hoch. Der Fallanteil für die Krankenhausgruppe KHAndere beträgt entsprechend 77,2% (Vorjahr 77,8%). Der Anteil der bereinigten Kosten beträgt für die Krankenhausgruppe KHUniMax 29,6% (Vorjahr 29,0%) und für die Krankenhausgruppe KHAndere 70,4% (Vorjahr 71,0%). In Abbildung 28 ist die Aufteilung der Fälle innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe auf die Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere (jeweils Anteil an allen Fällen der Leistungsgruppe) für das Datenjahr 2016 dargestellt.

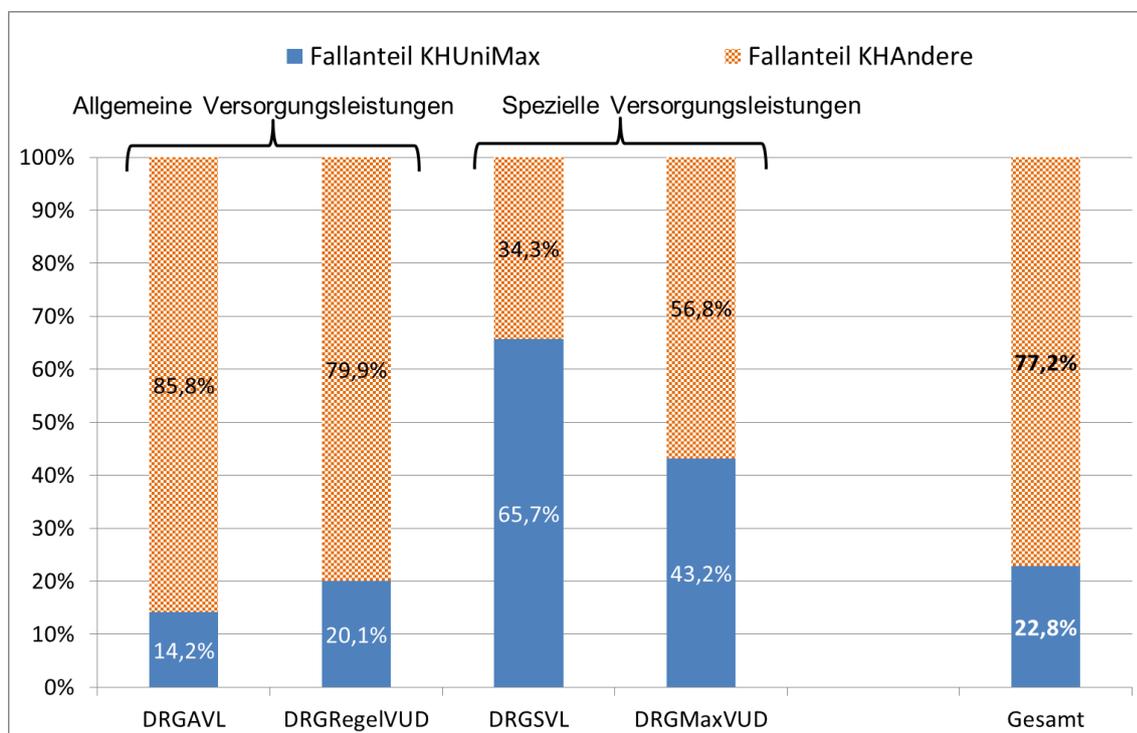


Abbildung 28: Fallanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen, Datenjahr 2016

Abbildung 28 kann entnommen werden, dass die Fallanteile für die KHUniMax-Häuser in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD – wie in den Datenjahren zuvor – deutlicher als in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD ausgeprägt sind. Damit wird ersichtlich, dass die DRGs der nach spezifischer Leistungserbringung definierten Leistungs-

gruppen zu einem hohen Anteil von Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax erbracht werden. Insbesondere ist zu erkennen, dass die Leistungsgruppe DRGSVL die spezifischere Definition für Leistungen der Universitätskliniken und Maximalversorger darstellt.

In Tabelle 10 sind die entsprechenden Kostenanteile für die bereinigten Kosten aufgeführt. Die Krankenhausgruppe KHUniMax mit 5,7% der analysierten Krankenhäuser stellt mit 22,8% der Fälle und 29,6% der Kosten unverändert ein Mehrfaches der Fälle und Kosten zur Verfügung, als im Durchschnitt zu erwarten wäre. Die Krankenhausgruppe KHUniMax ist damit trotz der geringeren Teilnahme von Universitätskliniken im Datenjahr 2016 in der Kalkulationsstichprobe überrepräsentiert. Diese Zahlen verdeutlichen die Bedeutung dieser Krankenhausgruppe im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems.

		Krankenhausgruppe	
		KHUniMax	KHAndere
Leistungsgruppe	DRGAVL	14,0%	86,0%
	DRGRegelVUD	21,2%	78,8%
	DRGSVL	65,4%	34,6%
	DRGMaxVUD	49,5%	50,5%
	Alle Fälle	29,6%	70,4%

Tabelle 10: Kostenanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen, Datenjahr 2016

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

3.4.4 Ergebnisse

3.4.4.1 Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer

Nach der Verteilungszuordnung definieren die Kennwerte der entsprechenden Verteilung durch die Grenzwerte je DRG eindeutig die Kostenausreißer nach unten und nach oben.

Insgesamt werden 3,68% aller analysierten Fälle als Lower-Kostenausreißer (Vorjahr 3,66%) und 1,50% als Upper-Kostenausreißer (Vorjahr 1,48%) identifiziert. Die Differenzierung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern nach Krankenhausgruppen für das Datenjahr 2016 zeigt Tabelle 11.

Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	2,97%	2,23%
KHAndere	3,89%	1,28%
Alle Krankenhäuser	3,68%	1,50%

Tabelle 11: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer, Datenjahr 2016

Innerhalb der Krankenhausgruppen ergibt sich analog zu den Vorjahren ein regelhaftes Bild hinsichtlich der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist stets größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. Der Anteil an Kostenausreißern insgesamt (Lower- und Upper-Kostenausreißer gemeinsam) ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax mit einem Wert von 5,20% leicht größer als für die Krankenhausgruppe KHAndere mit einem Anteil von 5,17%. Im Datenjahr 2015 war der Anteil mit 5,14% für beide Krankenhausgruppen gleich groß. Der Anteil an Lower- und Upper-Kostenausreißern steigt für die Krankenhausgruppe KHUniMax um 0,06 Prozentpunkte, der Fallanteil der Kostenausreißer für die Krankenhausgruppe KHAndere steigt um 0,03 Prozentpunkte an. Der Anstieg des Ausreißeranteils in der Krankenhausgruppe KHUniMax setzt sich dabei aus einem Anstieg des Fallanteils der Lower-Kostenausreißer bei gleichzeitigem Rückgang des Fallanteils der Upper-Kostenausreißer zusammen (vgl. Tabelle 12).

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 stets größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.



Abbildung 29: Fallanteile in den Analysegruppen, Datenjahr 2016

Eine Aufschlüsselung der Fallanteile für Lower- und Upper-Kostenausreißer in den jeweiligen Analysegruppen für die Datenjahre 2015 und 2016 im Vergleich zeigt Tabelle 12.

Fallanteile in %	Datenjahr 2016		Datenjahr 2015		Differenz (absolut)	
	Fallanteil Lower-Kosten-ausreißer	Fallanteil Upper-Kosten-ausreißer	Fallanteil Lower-Kosten-ausreißer	Fallanteil Upper-Kosten-ausreißer	Fallanteil Lower-Kosten-ausreißer	Fallanteil Upper-Kosten-ausreißer
Menge						
DRGAVL_Gesamt	3,33	1,32	3,60	1,22	-0,27	0,10
DRGAVL_KHUniMax	2,28	2,26	2,13	2,10	0,15	0,16
DRGAVL_KHAndere	3,51	1,17	3,83	1,08	-0,32	0,09
DRGRegelVUD_Gesamt	3,67	1,47	3,66	1,46	0,01	0,01
DRGRegelVUD_KHUniMax	2,99	2,25	2,78	2,34	0,21	-0,09
DRGRegelVUD_KHAndere	3,84	1,28	3,88	1,25	-0,04	0,03
DRGSVL_Gesamt	3,84	1,82	3,78	1,69	0,06	0,13
DRGSVL_KHUniMax	3,00	2,01	3,26	1,85	-0,26	0,16
DRGSVL_KHAndere	5,44	1,46	4,71	1,40	0,73	0,06
DRGMaxVUD_Gesamt	3,75	1,66	3,67	1,58	0,08	0,08
DRGMaxVUD_KHUniMax	2,89	2,13	3,12	2,05	-0,23	0,08
DRGMaxVUD_KHAndere	4,40	1,30	4,07	1,26	0,33	0,04
Alle Fälle_Gesamt	3,68	1,50	3,66	1,48	0,02	0,02
Alle Fälle_KHUniMax	2,97	2,23	2,86	2,28	0,11	-0,05
Alle Fälle_KHAndere	3,89	1,28	3,89	1,25	0,00	0,03

Tabelle 12: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den verschiedenen Krankenhaus- und Leistungsgruppen, Datenjahre 2015 und 2016

Der geringste Anteil an Lower-Kostenausreißern findet sich im Datenjahr 2016 – analog zu den Vorjahren – in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHUniMax (2,28%). Der höchste Anteil an Lower-Kostenausreißern zeigt sich im Datenjahr 2016 wie in den Vorjahren in der Leistungsgruppe DRGSVL für die Krankenhausgruppe KHAndere (5,44%). Der geringste Anteil an Upper-Kostenausreißern findet sich im Datenjahr 2016 in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHAndere (1,17%). Der höchste Anteil an Upper-Kostenausreißern findet sich im Datenjahr 2016 in der Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHUniMax (2,26%). Der größte Anteil an Upper-Kostenausreißern zeigte sich im Vorjahr für die Leistungsgruppe DRGRegelVUD (d.h. ebenfalls bei allgemeinen Versorgungsleistungen) für die Krankenhausgruppe KHUniMax (2,34%).

Für alle Leistungsgruppen ist in allen Krankenhausgruppen der Anteil an Lower-Kostenausreißern größer als der Anteil an Upper-Kostenausreißern. Einen Rückgang des Anteils an Upper-Kostenausreißern im Vergleich zum Datenjahr 2015 ist insgesamt nur für die Krankenhausgruppe KHUniMax bei der allgemeinen Versorgungsleistung DRGRegelVUD mit -0,09 Prozentpunkten zu verzeichnen. In der Krankenhausgruppe KHAndere bleibt in dieser Leistungsgruppe der Anteil an Upper-Kostenausreißern mit einem Anstieg von 0,03 Prozentpunkten praktisch gleich. Für die Leistungsgruppen der speziellen Versorgung (DRGSVL und DRGMaxVUD) sind beim Anteil an Upper-Kostenausreißern leichte Anstiege zwischen den Datenjahren 2015 und 2016 festzustellen. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern nimmt für die Leistungsgruppen der speziellen Versorgung (DRGSVL und DRGMaxVUD) für die Krankenhausgruppe KHUniMax jeweils ab, im Gegensatz dazu steigt er für die Krankenhausgruppe KHAndere jeweils an. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax nimmt der Anteil der Lower-Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung (DRGRegelVUD und DRGAVL) zu, während er für die Krankenhausgruppe KHAndere abnimmt.

Die bisherigen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax zeichnen sich durch den insgesamt etwas kleineren Anteil an Lower-Kostenausreißern und den etwas größeren Anteil an Upper-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 regelmäßig kleiner als der Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHAndere.
4. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist stets höher als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.

Beispielhaft zeigt Abbildung 30 die Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern je DRG für die 38 DRGs der Leistungsgruppe DRGAVL (Sortierung absteigend nach dem Anteil an Upper-Kostenausreißern).

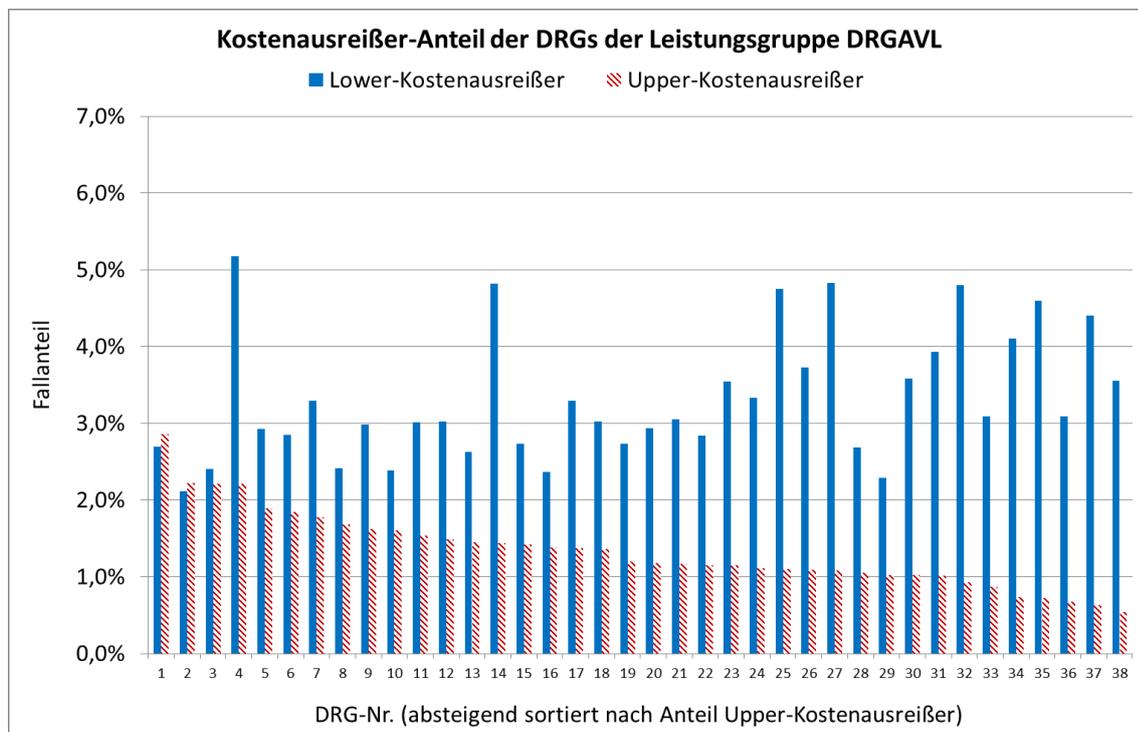


Abbildung 30: Fallanteile der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGAVL, Datenjahr 2016

Bei Betrachtung der Abbildung 30 ist zu beachten, dass die in den DRGs repräsentierten Fallzahlen bei der Erstellung der Abbildung keine Berücksichtigung fanden. Insofern dient diese Abbildung ausschließlich der Visualisierung, dass die Schiefe der Verteilung der bereinigten Kosten unterschiedlich ist. So ist z.B. für die DRG 1 der obigen Abbildung der Anteil an Upper-Kostenausreißern größer als der Anteil an Lower-Kostenausreißern, während z.B. bei der DRG 37 der obigen Abbildung der Anteil an Lower-Kostenausreißern deutlich höher ist als der Anteil an Upper-Kostenausreißern.

Der Anteil an Kostenausreißern wird sowohl durch die statistische Methodik als auch durch den Kalkulationsablauf und die Gruppierungslogik beeinflusst. Die verwendeten theoretischen Verteilungsfunktionen sind am unteren (linken) Rand extrem steil und liefern ggf. zahl-

reiche Lower-Kostenausreißer (vgl. dazu auch Kap. 2.1). Kostenausreißer nach oben sind auf Basis eines flacheren Kurvenverlaufs am oberen (rechten) Verteilungsrand ggf. in geringer Anzahl zu finden.

Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Die Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen differenziert nach den Krankenhausgruppen gibt Tabelle 13 wieder. Zur Erinnerung: Die Fallanteile in der Analysemenge insgesamt liegen bei 3,68% für die Lower-Kostenausreißer und bei 1,50% für die Upper-Kostenausreißer (vgl. Tabelle 11). Über alle Krankenhäuser hinweg betrachtet ist der Fallanteil für die Lower-Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko am höchsten (5,42%) und für die Leistungsgruppe DRGIntensiv (3,33%) am geringsten. Bei den Upper-Kostenausreißern findet sich der höchste Fallanteil in der Leistungsgruppe DRGKinderOnko (3,97%) und der geringste Fallanteil mit 1,13% in der Leistungsgruppe DRGOnko.

Krankenhausgruppe	DRGIntensiv		DRGOnko		DRGKinderOnko	
	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	1,94%	2,12%	3,96%	1,70%	4,71%	4,37%
KHAndere	4,08%	1,54%	4,82%	0,83%	6,70%	3,24%
Alle Krankenhäuser	3,33%	1,74%	4,52%	1,13%	5,42%	3,97%

Tabelle 13: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer für die gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppen, Datenjahr 2016

Die Fallanteile für die Lower-Kostenausreißer sind in der Leistungsgruppe DRGIntensiv niedriger und in den beiden übrigen Leistungsgruppen höher als in der Analysemenge insgesamt. Bei den Upper-Kostenausreißern ist der Fallanteil in der Leistungsgruppe DRGOnko niedriger und in den beiden übrigen Leistungsgruppen höher als in der Analysemenge insgesamt. Innerhalb der Leistungsgruppen ist folgende Regelhaftigkeit zu identifizieren: Für die Lower-Kostenausreißer ist der Fallanteil in der Krankenhausgruppe KHAndere stets größer als in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Für die Upper-Kostenausreißer ist der Fallanteil der atypischen Fälle in der Krankenhausgruppe KHUniMax stets größer als in der Krankenhausgruppe KHAndere. Für die drei Leistungsgruppen ist der Fallanteil der Kostenausreißer insgesamt für die Krankenhausgruppe KHAndere immer größer als für die Krankenhausgruppe KHUniMax. Der Anteil an Kostenausreißern insgesamt ist im Datenjahr 2016 für die Leistungsgruppe DRGOnko im Vergleich zum Vorjahr gleich hoch. Für die Leistungsgruppen DRGKinderOnko und DRGIntensiv ist der Anteil an Kostenausreißern insgesamt höher als im Vorjahr. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich für die gesondert betrachteten Leistungsgruppen die folgenden einheitlichen Tendenzen hinsichtlich der Entwicklung der Fallanteile: Während die Anteile an Lower-Kostenausreißern für die Leistungsgruppe DRGIntensiv in der Krankenhausgruppe KHUniMax und an Lower-Kostenausreißern für die Leistungsgruppe DRGOnko im Vergleich zum Vorjahr sinken, steigen die Anteile in allen übrigen Leistungsgruppen-Krankenhausgruppen-Kombinationen an.

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

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

Die Fragestellung, ob sich die Fallanteile für die Lower- und Upper-Kostenausreißer zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere signifikant unterscheiden, wird auf DRG-Ebene mit Hilfe des (Vierfeldertafel-) χ^2 -Tests untersucht. Dabei wird ein Sicherheitsniveau von 5% angenommen. Damit soll den rein beschreibenden Ergebnissen der vorherigen Kapitel eine statistische Untermauerung verliehen werden. Eine Illustration der grundsätzlichen Funktionsweise des Tests enthält Kapitel 3.4.4.2 im Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2015.

Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern in den Analysegruppen

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

Tabelle 14 (linker Block) zeigt, dass im Datenjahr 2016 innerhalb der untersuchten 1.242 DRGs der durchgeführte Test für 436 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Lower-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere ausweist. Die 436 DRGs haben einen Anteil von 65,5% an allen analysierten Fällen. 372 dieser 436 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant kleineren Anteil an Lower-Kostenausreißern auf, 64 DRGs im Gegenzug dazu einen signifikant größeren Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 806 DRGs kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Lower-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden. Der mittlere Block enthält zum Vergleich die Testergebnisse für das Datenjahr 2015 und der rechte Block die jeweilige Differenz. Damit liegen die Ergebnisse für das Datenjahr 2016 grundsätzlich auf Vorjahresniveau.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2016			Datenjahr 2015			Differenz (absolut)		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.242	100,0%	3,68%	1.205	100,0%	3,66%	37	0,0%	0,02%
DRGs mit Lower-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	806	34,5%	3,64%	765	30,7%	3,80%	41	3,8%	-0,16%
DRGs mit Lower-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	436	65,5%	3,70%	440	69,3%	3,60%	-4	-3,8%	0,10%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	372	57,7%	3,75%	382	61,6%	3,66%	-10	-3,9%	0,08%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	64	7,8%	3,36%	58	7,7%	3,11%	6	0,1%	0,25%

Tabelle 14: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern, Datenjahre 2015 und 2016

Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern in den Analysegruppen

Tabelle 15 zeigt im linken Block die Ergebnisse für das Datenjahr 2016 für die Untersuchung des Anteils an Upper-Kostenausreißern. Innerhalb der untersuchten 1.242 DRGs weist der durchgeführte Test für 366 DRGs einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Upper-Kostenausreißern in der Krankenhausgruppe KHUniMax gegenüber dem entsprechenden Anteil in der Krankenhausgruppe KHAndere aus. Die 366 DRGs haben einen Anteil von

60,3% an allen analysierten Fällen. 342 dieser 366 DRGs weisen in der Krankenhausgruppe KHUniMax einen signifikant größeren Anteil an Upper-Kostenausreißern auf, 24 DRGs im Gegenzug dazu einen signifikant kleineren Anteil an Upper-Kostenausreißern. Für 876 DRGs kann kein signifikanter Unterschied im Anteil an Upper-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere identifiziert werden. Damit liegen die Ergebnisse für das Datenjahr 2016 grundsätzlich auf Vorjahresniveau.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2016			Datenjahr 2015			Differenz (absolut)		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.242	100,0%	1,50%	1.205	100,0%	1,48%	37	0,0%	0,02%
DRGs mit Upper-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	876	39,7%	1,52%	808	33,9%	1,47%	68	5,8%	0,06%
DRGs mit Upper-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	366	60,3%	1,48%	397	66,1%	1,48%	-31	-5,8%	-0,01%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	24	2,4%	2,16%	27	4,8%	2,15%	-3	-2,3%	0,01%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	342	57,8%	1,45%	370	61,3%	1,43%	-28	-3,5%	0,02%

Tabelle 15: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern, Datenjahre 2014 und 2015

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

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Die χ^2 -Testergebnisse für die Lower- und Upper-Kostenausreißer des Datenjahres 2016 bestätigen die Ergebnisse des χ^2 -Tests der Vorjahre.
2. Für die meisten DRGs konnte kein signifikanter Unterschied im Anteil an Lower- bzw. Upper-Kostenausreißern zwischen den Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere gemessen werden. Diese DRGs weisen jeweils die geringere Gesamtfallzahl an den insgesamt analysierten Fällen aus.
3. Die DRGs mit signifikantem Unterschied in den Anteilen an Lower- bzw. Upper-Kostenausreißern weisen jeweils die höhere Fallzahl an der Gesamtfallzahl aller analysierten Fälle aus.
4. Bei Vorliegen eines signifikanten Unterschieds geht dabei für die überwiegende Mehrheit der DRGs (und damit für die Majorität der Fallzahlen) für die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax die Differenz in Richtung eines signifikant größeren Anteils an Upper-Kostenausreißern und in Richtung eines signifikant kleineren Anteils an Lower-Kostenausreißern.

Vierfelderkoeffizient: Untersuchung des Anteils an Lower-Kostenausreißern

Wegen der Abhängigkeit des χ^2 -Tests von der Fallzahl in den untersuchten DRGs wird ergänzend zur Untersuchung der Lower- und Upper-Fallanteile in den Analysegruppen der sogenannte Vierfelderkorrelationskoeffizient (oder auch Vierfelderkoeffizient Φ)¹⁰ ermittelt. Dieser berücksichtigt die Anzahl der Beobachtungen n (hier: die DRG-Fallzahl) und steht mit dem χ^2 -Wert in folgendem Zusammenhang: $\Phi^2 = \chi^2 / n$.

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

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

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2016		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Lower-Kostenausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.242	100,0%	3,68%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient bis unter 0,05	679	73,7%	3,58%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient von 0,05 bis unter 0,1	348	21,9%	3,86%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	278	17,8%	3,98%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	70	4,1%	3,34%
DRGs mit Lower-Vierfelderkoeffizient größer als 0,1	215	4,4%	4,43%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	165	3,4%	4,30%
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	50	1,0%	4,87%

Tabelle 16: Ergebnis der Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den Lower-Anteil, Datenjahr 2016

Innerhalb der untersuchten 1.242 DRGs zeigt der Vierfelderkoeffizient Φ für 679 DRGs mit einem Anteil von 73,7% an allen analysierten Fällen einen Wert kleiner als 0,05. Bei diesen DRGs kann davon ausgegangen werden, dass die Anteile an Lower-Kostenausreißern in den beiden Krankenhausgruppen nicht signifikant voneinander verschieden sind. Für 348 DRGs liegt der Vierfelderkoeffizient Φ zwischen 0,05 und 0,1 und für 215 DRGs ist Φ größer als 0,1. In diesen beiden Fällen kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen an

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

Lower-Kostenausreißern nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt sich auch für die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie bei der Analyse mit dem χ^2 -Test.

In den DRG-Gruppen mit einem Vierfelderkoeffizienten $\Phi \geq 0,05$ überwiegen die DRGs, bei denen der Lower-Anteil in der Krankenhausgruppe KHUniMax kleiner ist als in der Krankenhausgruppe KHAndere. Die Anzahl der DRGs mit tendenziell signifikantem Unterschied in den Anteilen an Lower-Kostenausreißern ist beim χ^2 -Test und der Analyse durch den Vierfelderkoeffizienten Φ in ähnlicher Größenordnung. Trotzdem können unterschiedliche DRGs in den beiden Untersuchungen als signifikant identifiziert worden sein. Der Zusammenhang zwischen den Ergebnissen des χ^2 -Tests und dem Vierfelderkoeffizienten kann Tabelle 17 entnommen werden. Die zwei letzten Zeilen in der Tabelle sind jeweils „davon“-Angaben der drittletzten Zeile.

Ergebnis Chi ² -Analyse	Lower-Vierfelderkoeffizient			
	Anzahl DRGs			
	Gesamt	unter 0,05	0,05 bis u. 0,1	größer als 0,1
Analysierte DRGs gesamt	1.242	679	348	215
DRGs mit Lower-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	806	559	170	77
DRGs mit Lower-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	436	120	178	138
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	372	105	152	115
DRGs mit Lower-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	64	15	26	23

Tabelle 17: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Lower-Kostenausreißern im Zusammenhang mit dem Vierfelderkoeffizienten, Datenjahr 2016

Ein signifikantes Ergebnis bei der χ^2 -Analyse muss nicht zwingend mit einem hohen Vierfelderkoeffizienten einhergehen, da der χ^2 -Test sensibel auf die Fallzahl der jeweils beobachteten DRG reagiert. Von den 436 DRGs, bei denen der χ^2 -Test einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Lower-Kostenausreißern identifiziert, weisen 120 DRGs einen Vierfelderkoeffizienten $\Phi < 0,05$ und 316 DRGs einen Wert $\Phi \geq 0,05$ auf. Für diese Werte des Vierfelderkoeffizienten kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen an Lower-Kostenausreißern nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt sich auch für die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie bei der Analyse mit dem χ^2 -Test.

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

Innerhalb der untersuchten 1.242 DRGs ergibt sich für 740 DRGs mit einem Anteil von 72,4% an allen analysierten Fällen ein Vierfelderkoeffizient Φ mit einem Wert kleiner als 0,05. Für 345 DRGs liegt der Vierfelderkoeffizient zwischen 0,05 und 0,1 und für 157 DRGs ist Φ größer als 0,1. In den 502 DRGs mit einem Wert $\Phi \geq 0,05$ überwiegen die DRGs, bei denen der Upper-Anteil in der Krankenhausgruppe KHUniMax größer ist als in der Krankenhausgruppe KHAndere (insgesamt 434 DRGs). Die Anzahl der DRGs mit tendenziell signifikantem Unterschied in den Anteilen an Upper-Kostenausreißern liegt beim χ^2 -Test und der Analyse durch den Vierfelderkoeffizienten Φ in einer ähnlichen Größenordnung. Trotzdem

können unterschiedliche DRGs in den beiden Untersuchungen als signifikant identifiziert worden sein.

Bereinigte Kosten	Datenjahr 2016		
	Anzahl DRGs	Fallanteil (an Gesamt)	Fallanteil Upper-Kosten-ausreißer
Analysierte DRGs gesamt	1.242	100,0%	1,50%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient bis unter 0,05	740	72,4%	1,38%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient von 0,05 bis unter 0,1	345	23,7%	1,71%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	50	0,9%	2,23%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	295	22,8%	1,69%
DRGs mit Upper-Vierfelderkoeffizient größer als 0,1	157	3,9%	2,35%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax kleiner als in KHAndere	18	0,3%	3,80%
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax größer als in KHAndere	139	3,7%	2,25%

Tabelle 18: Ergebnis der Analyse des Vierfelderkoeffizienten für den Upper-Anteil, Datenjahr 2016

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

Ergebnis Chi ² -Analyse	Upper-Vierfelderkoeffizient			
	Gesamt	Anzahl DRGs		
		unter 0,05	0,05 bis u. 0,1	größer als 0,1
Analysierte DRGs gesamt	1.242	740	345	157
DRGs mit Upper-Anteil nicht signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	876	651	171	54
DRGs mit Upper-Anteil signifikant unterschiedlich zwischen KHUniMax und KHAndere	366	89	174	103
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant kleiner als in KHAndere	24	6	10	8
DRGs mit Upper-Anteil in KHUniMax signifikant größer als in KHAndere	342	83	164	95

Tabelle 19: Ergebnis der χ^2 -Analyse des Anteils an Upper-Kostenausreißern im Zusammenhang mit dem Vierfelderkoeffizienten, Datenjahr 2016

Ein signifikantes Ergebnis bei der χ^2 -Analyse muss nicht zwingend mit einem hohen Vierfelderkoeffizienten einhergehen, da der χ^2 -Test sensibel auf die Fallzahl der jeweils beobachteten DRG reagiert. Von den 366 DRGs, bei denen der χ^2 -Test einen signifikant unterschiedlichen Anteil an Upper-Kostenausreißern identifiziert, weisen 89 DRGs einen Vierfelderkoeffizienten $\Phi < 0,05$ und 277 DRGs einen Wert $\Phi \geq 0,05$ auf. Für diese Werte des Vierfelderkoeffizienten kann ein signifikanter Unterschied in den Anteilen an Upper-Kostenausreißern nicht ausgeschlossen werden. Damit zeigt sich auch für die fallzahlkorrigierte Betrachtung ein ähnliches Ergebnis wie bei der Analyse mit dem χ^2 -Test.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

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

3.4.4.3 Kostendeckung in den Analysegruppen

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

Im Folgenden wird für die einzelnen oben vorgestellten Analysegruppen die Kostendeckung der Kostenausreißer analysiert. Dabei ist zu beachten, dass 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 2016. Die endgültige Analyse der Kostenausreißer basiert aber auf einer Gruppierung der Behandlungsfälle in das G-DRG-System 2018.
2. Als Erlöse stehen den Kosten die Einnahmen aus Zusatzentgelten und NUB-Entgelten aus dem Datenjahr 2016 gegenüber. Zur Bewertung der DRGs wurden die effektiven Bewertungsrelationen mit dem entsprechenden Landesbasisfallwert aus dem Jahr 2016 multipliziert. Die für die G-DRG-Systeme 2017 und 2018 – nicht zuletzt auf Basis der Analyseergebnisse der vorherigen Extremkostenberichte – neu geschaffenen Zusatzentgelte und NUB-Entgelte gehen damit nicht in die Analyse ein.
3. Krankenhäuser in der Trägerschaft der Unfallversicherungen (BG-Kliniken) wurden für das Datenjahr 2016 erneut gebeten, die Kalkulationsdaten für alle Fälle zu liefern (d.h. auch für die Fälle, bei denen die Unfallversicherungen die Kosten tragen). Dieser Bitte sind die BG-Kliniken auf Anraten des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) nicht nachgekommen. Für die Kalkulation wurden nur die Fälle und Kosten aus dem DRG-Entgeltbereich übermittelt, für welche die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten getragen haben. Damit ist eine Einschätzung der Plausibilität der Gesamtdaten der BG-Kliniken im Rahmen einer Kosten-Erlös-Betrachtung schwierig, da für einen nennenswerten Anteil der Behandlungsfälle der BG-Kliniken keine Daten vorliegen. Trotz der Unsicherheit hinsichtlich der Plausibilität der Ge-

samtdaten wurden die BG-Kliniken in der Analysemenge belassen. Die Validität der Kostendeckung der dem DRG-Entgeltbereich unterliegenden Fälle der BG-Kliniken ist allerdings mit erheblichen Einschränkungen zu versehen.

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

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

Betrachtung der Kostenausreißer

Der vorliegende Extremkostenbericht verwendet als Basis die Kostendaten aus den Kalkulationsdatensätzen und die Erlösangaben aus dem §-21-Datensatz für das Datenjahr 2016, so wie sie von den Kalkulationskrankenhäusern am letzten Tag der Korrekturlieferungen im Mai 2017 geliefert wurden. Die effektiven Relativgewichte und die damit korrespondierenden Erlösbeträge für das G-DRG-System 2018 werden durch eine entsprechende Gruppierung der Fälle der Analysemenge und Multiplikation mit dem Landesbasisfallwert des Krankenhauses für 2016 ermittelt. Aus der Gesamtmenge wurden die Fälle für die Betrachtung ausgeschlossen, die insbesondere eine Leistungserbringung sowohl in Haupt- als auch in Belegabteilungen aufweisen oder Leistungen in Besonderen Einrichtungen erbringen (Details siehe Kap. 2.1.1), sowie die Fälle, die im Ergebnisdialog mit den Kalkulationskrankenhäusern als sicher falsch kalkulierte Kostenausreißer identifiziert wurden (vgl. u.a. Kap. 3.2). Die analysierte Fallmenge enthält damit auch Fälle, die im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems wegen unplausibler Werte in der Leistungs- und/oder Kostendokumentation keine Verwendung fanden (siehe auch Kap. 2.2).

Betrachtet wurde, inwieweit sich die Kostenunter- bzw. -überdeckungen bei den Lower- und Upper-Kostenausreißern gegenseitig ausgleichen. An dieser Stelle sei nochmals daran erinnert, dass in jedem G-DRG-System auf Basis der vorgestellten Verteilungsfunktionen rund 5–6% aller Fälle der Analysemenge Kostenausreißer sind – unabhängig von den Weiterentwicklungsarbeiten des InEK. Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse der Analyse für Kostenausreißer im G-DRG-System 2018 auf Basis des Datenjahres 2016.

In Tabelle 20 wird für die Kostenausreißer indiziert betrachtet, wie sich die durchschnittlichen Kostenunter- bzw. -überdeckungen je Fall aus den Lower- und den Upper-Kostenausreißern insgesamt gegenüber der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer aller Fälle der Analysemenge verhalten. Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils der Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Fälle in der Analysemenge. Für die jeweiligen Untermengen wurde die durchschnittliche Kostenunter- oder -überdeckung aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern je Fall ermittelt und durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer der Analysemenge je Fall dividiert. Beispielsweise ergibt sich die Ziffer 45,5 für das Datenjahr 2015 in Tabelle 20 als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer der Fälle in den die Leistungsgruppe DRGRegelVUD definierenden DRGs in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer in der Analysemenge je Fall. Das Vorzeichen des Indexwerts zeigt damit an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt.

Datenjahr 2016			Datenjahr 2015		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	11,9	-291,3	DRGRegelVUD	45,5	-1.238,7
DRGMaxVUD	745,9	-215,9	DRGMaxVUD	2.780,9	-369,8

Tabelle 20: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Tabelle 20 ist zu entnehmen, dass sich die Kostenunterdeckungen und die Kostenüberdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Leistungs- und Krankenhausgruppen nicht ausgleichen. Für die Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHAndere übersteigen – wie bereits in den Datenjahren 2014 und 2015 – die Kostenüberdeckungen die Kostenunterdeckungen in beiden Leistungsgruppen (positiver Indexwert). Das Verhältnis der Kostenüberdeckung der Leistungsgruppe DRGMaxVUD zur Leistungsgruppe DRGRegel-

VUD ist für die Krankenhausgruppe KHAndere vom Datenjahr 2015 zum Datenjahr 2016 von rund 1:61 leicht auf rund 1:63 angestiegen. Für die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt sich im Datenjahr 2016 – wie im Vorjahr – eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der Kostenausreißer je Fall (negativer Indexwert). Das Verhältnis der Kostenunterdeckung der Leistungsgruppe DRGMaxVUD zur Leistungsgruppe DRGRegelVUD ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax im Datenjahr 2015 im Vergleich zum Datenjahr 2016 von rund 1:3 auf rund 1:1 gesunken. Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da sich die Indexwerte aus verschiedenen Datenjahren unterschiedlicher Datenzusammensetzung mit unterschiedlichem Basiswert zusammensetzen.

Datenjahr 2016			Datenjahr 2015		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-10,4	-307,1	DRGAVL	21,8	-1.177,7
DRGSVL	686,4	-79,3	DRGSVL	2.062,8	-37,2

Tabelle 21: Belastungsindex Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Werden die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL betrachtet, ergibt sich im Datenjahr 2016 – bis auf die Leistungsgruppe DRGAVL für die Krankenhausgruppe KHAndere – ein qualitativ identisches Bild (vgl. Tabelle 21). Die Kostenunter- und -überdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer gleichen sich in beiden Datenjahren ebenfalls nicht aus. Für die Krankenhausgruppe KHAndere zeigt sich für die Leistungsgruppe DRGSVL eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall (positiver Indexwert), für die Leistungsgruppe DRGAVL allerdings eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall (negativer Indexwert). Das Verhältnis der durchschnittlichen Kostenüberdeckung der Kostenausreißer je Fall der Leistungsgruppe DRGSVL zur Leistungsgruppe DRGAVL für die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere sinkt von 1:95 im Datenjahr 2015 auf 1:66 im Datenjahr 2016. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax liegt für beide Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall vor (negativer Indexwert). Damit zeigt sich bei dieser spezifischeren Leistungsgruppendefinition im Datenjahr 2016 (wie bereits im Datenjahr 2015) für die Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall. Das Verhältnis der durchschnittlichen Kostenunterdeckung der Kostenausreißer je Fall der Leistungsgruppe DRGAVL zur Leistungsgruppe DRGSVL für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax verbessert sich von 1:32 im Datenjahr 2015 auf 1:4 im Datenjahr 2016.

Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da sich die Indexwerte aus verschiedenen Datenjahren unterschiedlicher Datenzusammensetzung mit unterschiedlichem Basiswert zusammensetzen. Bei Betrachtung von Tabelle 20 und Tabelle 21 ist ebenfalls zu beachten, dass die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nicht alle analysierten DRGs enthalten, während in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD alle analysierten DRGs enthalten sind.

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

Zusammenfassend lässt sich damit für das Datenjahr 2016 festhalten:

1. In der Krankenhausgruppe KHUniMax sind die Kostenausreißer unabhängig von der Leistungsgruppendifinition durch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall gekennzeichnet.
2. In der Leistungsgruppe für die spezialisierte Versorgung (DRGSVL) zeigt sich für die Krankenhausgruppe KHUniMax weiterhin eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall.
3. In der Krankenhausgruppe KHAndere zeigen die Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGAVL eine durchschnittliche Kostenunterdeckung und in den übrigen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall.

Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen

Im Folgenden werden die oben indizierten Ergebnisse noch einmal nach Verweildauergruppen analysiert. Dazu werden die Kostenausreißer jeweils einer von drei Verweildauergruppen zugeordnet. In der Verweildauergruppe **Kurzlieger** sind alle Kostenausreißer von Fällen enthalten, die die untere Grenzverweildauer der jeweiligen DRG unterschritten haben. Der Verweildauergruppe **Inlier** sind alle Kostenausreißer von Fällen zugeordnet, die eine Verweildauer zwischen der unteren und oberen Grenzverweildauer der jeweiligen DRG aufweisen. Entsprechend sind in der Verweildauergruppe **Langlieger** alle Kostenausreißer der Fälle mit einer Überschreitung der oberen Grenzverweildauer der jeweiligen DRG enthalten. Der Indexwert in Tabelle 22 und Tabelle 23 ist jeweils in Bezug zum Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostenbelastung der Kostenausreißer der entsprechenden Verweildauergruppe berechnet. Im Datenjahr 2015 wird beispielsweise der Wert 0,7 für die Leistungsgruppe DRGAVL der Krankenhausgruppe KHAndere in der Verweildauergruppe Inlier berechnet als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer für die Inlier in der Leistungsgruppe DRGAVL in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer von Inliern je Fall. Das Vorzeichen des Indexwerts zeigt an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt. Die Indexwerte sind wegen der individuellen Basierung größenordnungsmäßig nur jeweils innerhalb der Verweildauergruppe, nicht aber zwischen den Verweildauergruppen vergleichbar. Da wegen der zu geringen Fallzahl von Kostenausreißern bei Kurzliegern in der Leistungsgruppe DRGAVL keine sinnvolle Interpretation der berechneten Indexwerte möglich ist, werden die dazugehörigen Indexwerte in Tabelle 22 nicht ausgewiesen.

Datenjahr 2016

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

Datenjahr 2015

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	*	*	DRGAVL	0,7	-0,4	DRGAVL	-0,9	-1,1
DRGSVL	0,7	0,8	DRGSVL	3,0	1,5	DRGSVL	0,5	-1,2

Tabelle 22: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhaus- und Verweildauergruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Im Ergebnis ergeben sich im Vergleich zum Vorjahr keine qualitativen Unterschiede bei Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen.

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

Datenjahr 2016

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

Datenjahr 2015

	Kurzlieger			Inlier			Langlieger	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	0,8	0,6	DRGRegelVUD	1,0	-0,1	DRGRegelVUD	-1,1	-1,4
DRGMaxVUD	1,1	1,8	DRGMaxVUD	3,5	1,5	DRGMaxVUD	1,1	-1,4

Tabelle 23: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhaus- und Verweildauergruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Im Ergebnis ergeben sich im Vergleich zum Vorjahr keine qualitativen Unterschiede bei Betrachtung der Kostenausreißer nach Verweildauergruppen. Der einzige Unterschied zum Vorjahr findet sich bei den Kostenausreißern der Inlier in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD für die Krankenhausgruppe KHUniMax. Hier zeigt sich im Datenjahr 2016 ein positiver Indexwert (durchschnittliche Kostenüberdeckung), während im Vorjahr für diese Leistungs- und Krankenhausgruppen-Kombination noch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Indexwert) beobachtet werden konnte.

Zusammenfassend lässt sich festhalten:

1. Die Kostenausreißer von Kurzliegern sind typischerweise durch eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall gekennzeichnet. Die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer von Kurzliegern ist dabei in den Leistungsgruppen der spezifischen Versorgung (DRGSVL und DRGMaxVUD) für die Krankenhausgruppe KHUniMax ausgeprägter als für die Krankenhausgruppe KHAndere.
2. Atypische Fälle von Langliegern weisen – mit einer Ausnahme – typischerweise eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall aus. Die Kostenausreißer der Langlieger in den Leistungsgruppen der spezifischen Versorgung (DRGSVL und DRGMaxVUD) zeigen für die Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung.
3. Die Kostenbelastung durch atypische Fälle bei Langliegern ist für Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax etwas deutlicher ausgeprägt als für Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere.
4. Kostenausreißer von Inliern zeigen nur für die Leistungsgruppe DRGAVL in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall; im Übrigen zeigen sich für atypische Inlier-Fälle durchschnittliche Kostenüberdeckungen je Fall. Dabei ist die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall in der Krankenhausgruppe KHAndere deutlicher ausgeprägt als in der Krankenhausgruppe KHUniMax.

Kostenausreißer in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen

In Tabelle 24 wird für die Kostenausreißer der gesondert betrachteten Leistungsgruppen indiziert betrachtet, wie sich die durchschnittlichen Kostenunter- bzw. -überdeckungen je Fall aus den Lower- und den Upper-Kostenausreißern insgesamt gegenüber der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer aller Fälle der Analysemenge verhalten. Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils der Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Fälle in der Analysemenge. Für die jeweiligen Untermengen wurde die durchschnittliche Kostenunter- oder -überdeckung aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern je Fall ermittelt und durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer der Analysemenge je Fall dividiert. Das Vorzeichen des Indexwertes zeigt damit an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt. Die Ziffer 287,8 im Datenjahr 2016 für die Leistungsgruppe DRGKinderOnko in der Krankenhausgruppe KHAndere in Tabelle 24 ergibt sich bspw. als durchschnittliche Kostenüberdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer der Fälle in den die Leistungsgruppe DRGKinderOnko definierenden DRGs in den Krankenhäusern der Krankenhausgruppe KHAndere je Fall dividiert durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer in der Analysemenge je Fall.

Datenjahr 2016			Datenjahr 2015		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGIntensiv	3.438,0	199,1	DRGIntensiv	15.441,8	3.797,0
DRGOnko	257,0	-145,8	DRGOnko	1.051,9	-452,9
DRGKinderOnko	287,8	-536,4	DRGKinderOnko	1.751,3	-954,0

Tabelle 24: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Die Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGIntensiv zeichnen sich in beiden Krankenhausgruppen durch eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus (positiver Indexwert). Die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall ist in der Krankenhausgruppe KHAndere in der Leistungsgruppe DRGIntensiv deutlicher ausgeprägt als in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Im Datenjahr 2015 betrug die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer je Fall in der Leistungsgruppe DRGIntensiv für die Krankenhausgruppe KHAndere rund das Vierfache der durchschnittlichen Kostenüberdeckung je Fall der atypischen Fälle in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Im Datenjahr 2016 ist dieses Verhältnis auf das Siebzehnfache angestiegen. Wie bereits im Vorjahr weisen in den Leistungsgruppen DRGOnko und DRGKinderOnko die Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung und in der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall auf. Qualitativ zeigen sich damit alle drei gesondert betrachteten Leistungsgruppen in beiden Krankenhausgruppen unverändert zum Vorjahr.

Kostenausreißer für Kinder

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

Die Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer für Kinder an allen analysierten Kindern betragen 4,13% für Lower-Kostenausreißer (Vorjahr 4,57%) und 1,75% für Upper-Kostenausreißer (Vorjahr 1,58%). Der Anteil an Lower-Kostenausreißern bei Kindern ist damit etwas geringer und der Anteil an Upper-Kostenausreißern bei Kindern etwas größer als im Vorjahr. Insgesamt liegt der Anteil atypischer Fälle mit 5,88% im Datenjahr 2016 unter dem Wert des Datenjahres 2015 (6,15%). Die Differenzierung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern nach Krankenhausgruppen für die Datenjahre 2015 und 2016 zeigt Tabelle 25. Im Vergleich zu den Fallanteilen der Kostenausreißer für alle Fälle im Datenjahr 2016 (5,18%, vgl. Kap. 3.4.4.1) weisen die atypischen Fälle der Kinder mit 5,88% einen leicht höheren Anteil an Kostenausreißern auf. Im Vorjahr lag der Fallanteil der atypischen Fälle bei Kindern ebenfalls über dem Wert für alle Fälle, allerdings ist der Abstand zwischen den beiden Werten von 1,0 Prozentpunkten auf 0,7 Prozentpunkte gesunken.

Datenjahr 2016			Datenjahr 2015		
Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer	Krankenhausgruppe	Lower-Kostenausreißer	Upper-Kostenausreißer
KHUniMax	2,84%	2,50%	KHUniMax	2,72%	2,38%
KHAndere	4,61%	1,47%	KHAndere	5,27%	1,27%
Alle Krankenhäuser	4,13%	1,75%	Alle Krankenhäuser	4,57%	1,58%

Tabelle 25: Fallanteile der Lower- und Upper-Kostenausreißer für Kinder, Datenjahre 2015 und 2016

Im Datenjahr 2016 liegt der Anteil an Upper-Kostenausreißern höher (1,75% statt 1,58%) und der Anteil an Lower-Kostenausreißern niedriger (4,13% statt 4,57%) im Vergleich zum Vorjahr. Abbildung 31 zeigt analog zu Abbildung 27 in Kapitel 3.4.2.2 die Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Kinder in der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Kinder in der Analysemenge in einer Übersicht. Die linke Säule zeigt dabei die Fallanteile der jeweiligen Leistungsgruppe in Bezug auf die Menge aller Kinder und die rechte Säule den Kostenanteil der bereinigten Kosten an der Summe der bereinigten Kosten aller Kinder.

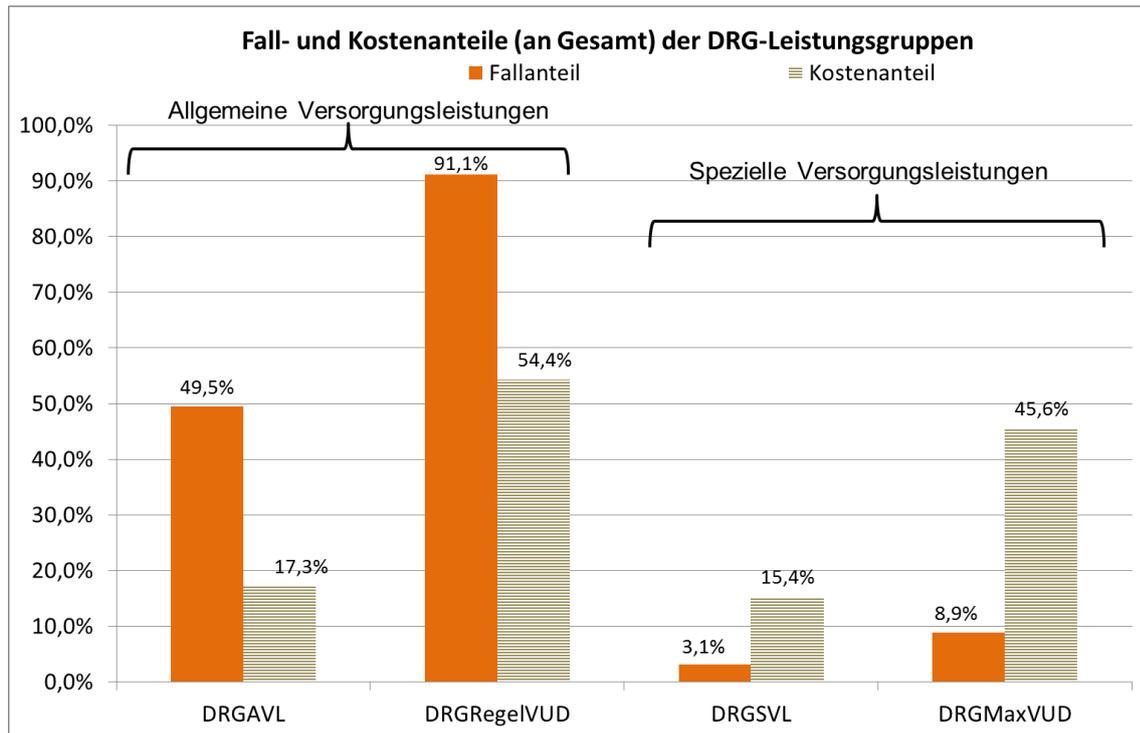


Abbildung 31: Fall- und Kostenanteile der Leistungsgruppen an der Gesamtfallzahl der Kinder in der Analysemenge bzw. der Kostensumme der Kinder in der Analysemenge, Datenjahr 2016

Im Vergleich zur Verteilung aller Fälle (vgl. Kap. 3.4.2.2) sind die Fallanteile der Kinder in der Leistungsgruppe DRGAVL deutlich höher und in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGSVL höher als die Fallanteile aller Fälle. In der Leistungsgruppe DRGMaxVUD liegt der Fallanteil der Kinder mit 8,9% unterhalb des Fallanteils aller Fälle mit 11,9%. Während sich die Kostenanteile der Kinder zwischen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD im Verhältnis 54:46 aufteilen, liegt das Verhältnis für alle Fälle bei 70:30, d.h. die Leistungserbringung in den spezialisierten Leistungsgruppen geht (analog zur Analyse aller Fälle) mit überdurchschnittlichen Kosten und die Leistungserbringung in den allgemeinen Leistungsgruppen mit unterdurchschnittlichen Kosten einher. Das Kostenverhältnis ist bei Betrachtung der Kinder allerdings deutlicher ausgeprägt als bei Betrachtung aller Fälle.

Analog zur Darstellung in Kapitel 3.4.3 ist in Abbildung 32 die Aufteilung der Kinder innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe auf die Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere (jeweils Anteil an allen Kindern der Leistungsgruppe) für das Datenjahr 2016 dargestellt. Im Vergleich mit der Aufteilung aller Fälle innerhalb der Leistungsgruppen zeigt sich jeweils ein höherer Anteil an Kindern in der Krankenhausgruppe KHUniMax.

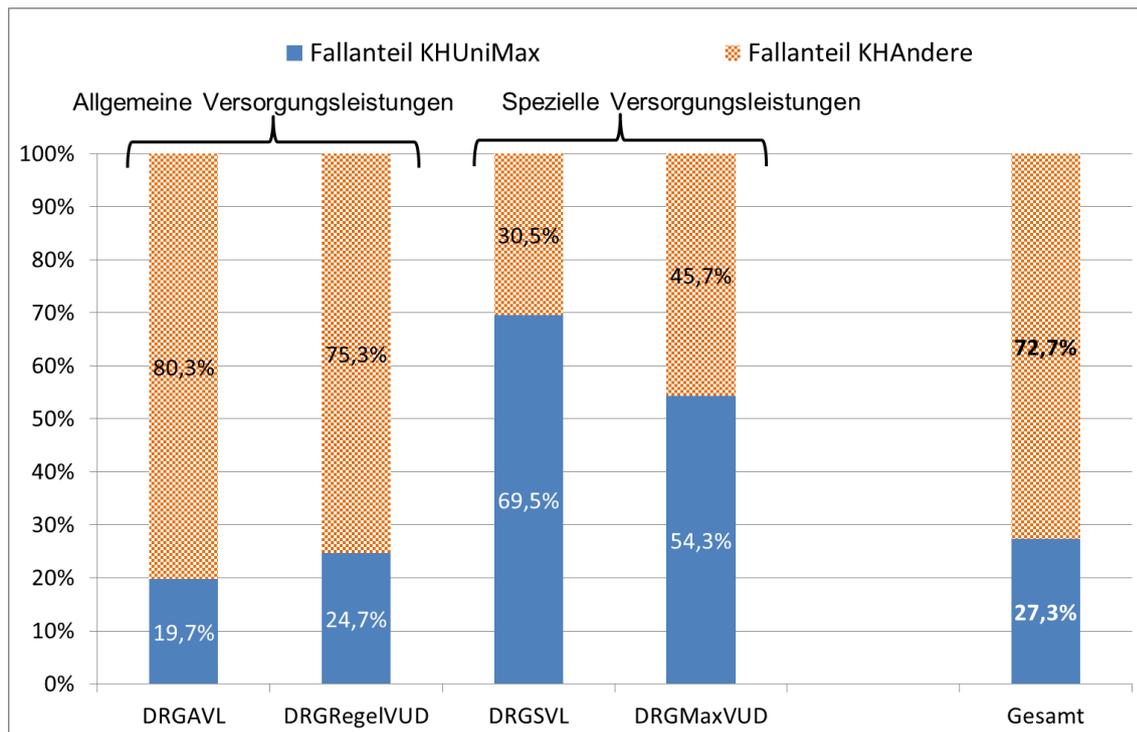


Abbildung 32: Fallanteile der beiden Krankenhausgruppen in den einzelnen Leistungsgruppen für Kinder, Datenjahr 2016

In Tabelle 26 und Tabelle 27 wird für die Kostenausreißer indiziert betrachtet, wie sich für die Kinder die durchschnittlichen Kostenunter- bzw. -überdeckungen je Fall aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern insgesamt gegenüber der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer aller Kinder verhalten. Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils der Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Kinder in der Analysemenge. Für die jeweiligen Untermengen wurde die durchschnittliche Kostenunter- oder -überdeckung aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern je Fall ermittelt und durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer der gesamten Kinder-Analysemenge je Fall dividiert. Das Vorzeichen des Indexwerts zeigt damit an, ob eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Wert) oder eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Wert) vorliegt. Ein direkter Vergleich der Belastungsindizes in den folgenden Tabellen mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da sich die Indexwerte aus verschiedenen Datenjahren unterschiedlicher Datenzusammensetzung mit unterschiedlichem Basiswert zusammensetzen.

Datenjahr 2016			Datenjahr 2015		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAnderere	KHUniMax		KHAnderere	KHUniMax
DRGRegelVUD	1,1	-10,1	DRGRegelVUD	0,4	-7,6
DRGMaxVUD	24,8	-20,0	DRGMaxVUD	13,3	-11,6

Tabelle 26: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten für Kinder in den Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Tabelle 26 ist zu entnehmen, dass sich die Kostenunterdeckungen und die Kostenüberdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer in den Leistungs- und Krankenhausgruppen nicht ausgleichen. Der Vergleich zum Datenjahr 2015 zeigt für alle vier analysierten Konstellationen qualitativ keine Veränderungen. Im Datenjahr 2016 ist wie bei der Betrachtung

tung aller Fälle der Indexwert der Krankenhausgruppe KHUniMax für beide Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD negativ.

Werden für Kinder die spezifischer definierten Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL betrachtet (vgl. Tabelle 27), so ergibt sich auch hier im Vergleich zum Vorjahr ein qualitativ unverändertes Ergebnis. Die Kostenunter- und -überdeckungen durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer gleichen sich in beiden Datenjahren ebenfalls nicht aus. Unabhängig von der Leistungsgruppe zeigen sich eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle in der Krankenhausgruppe KHAndere sowie eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der atypischen Fälle in der Krankenhausgruppe KHUniMax. Bei der Analyse aller Fälle zeigt sich im Datenjahr 2016 für die Leistungsgruppe DRGAVL in der Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenunterdeckung, während für die Kinder eine durchschnittliche Kostenüberdeckung zu verzeichnen ist.

Datenjahr 2016			Datenjahr 2015		
Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	0,8	-8,0	DRGAVL	1,2	-4,4
DRGSVL	31,6	-17,5	DRGSVL	12,4	-18,9

Tabelle 27: Belastungsindex Kostenausreißer für die bereinigten Kosten für Kinder in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Im Folgenden werden für Kinder die gesondert betrachteten Leistungsgruppen indiziert analysiert (vgl. Tabelle 28). Berechnet wurde der Index wie folgt: Bezugspunkt ist jeweils der Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall bei Betrachtung aller Kinder in der Analysemenge. Für die jeweiligen Untermengen wurde die durchschnittliche Kostenunter- oder -überdeckung aus den Lower- und Upper-Kostenausreißern je Fall ermittelt und durch den Absolutbetrag der durchschnittlichen Kostendeckung aller Kostenausreißer der Kinder je Fall dividiert. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigen die atypischen Fälle der Kinder in den drei gesondert betrachteten Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung. Für die Krankenhausgruppe zeigen die Kostenausreißer der Kinder in der Leistungsgruppe DRGIntensiv eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Indexwert) und für die beiden anderen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Indexwert). Damit wechseln die Indexwerte für zwei Kombinationen das Vorzeichen (Leistungsgruppe DRGIntensiv bei Krankenhausgruppe KHUniMax und Leistungsgruppe DRGKinderOnko bei Krankenhausgruppe KHAndere). Ein direkter Vergleich der Indexwerte mit dem Vorjahr ist nicht möglich, da sich die Indexwerte aus verschiedenen Datenjahren unterschiedlicher Datenzusammensetzung mit unterschiedlichem Basiswert zusammensetzen. Die Vergleichbarkeit zwischen den Datenjahren ist bei der isolierten Betrachtung der Kinder in den gesonderten Leistungsgruppen eingeschränkt, da sich die Auswirkungen in der Zusammensetzung der Krankenhausgruppen aufgrund der geringeren Fallzahl in der Analysemenge für die Kinder deutlicher niederschlagen als in der Analysemenge für alle Fälle.

Datenjahr 2016			Datenjahr 2015		
Leistungsgruppe, Kinder	Krankenhausgruppe		Leistungsgruppe, Kinder	Krankenhausgruppe	
	KHAndere	KHUniMax		KHAndere	KHUniMax
DRGIntensiv	92,8	-82,1	DRGIntensiv	32,5	46,0
DRGOonko	-5,4	-27,8	DRGOonko	-0,2	-19,1
DRGKinderOnko	-0,1	-13,7	DRGKinderOnko	6,6	-3,3

Tabelle 28: Belastungsindex der Kostenausreißer für die bereinigten Kosten für Kinder in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen nach Krankenhausgruppe, Datenjahre 2015 und 2016

Die Kostenunterdeckung der Kostenausreißer für Kinder beläuft sich im Datenjahr 2016 auf rund 2,8 Mio. €. Die Kostenunterdeckung der atypischen Fälle für Kinder konnte damit um weitere 27% (um 2,1 Mio. €) reduziert werden, nachdem bereits für das Datenjahr 2015 eine Reduktion um 61% erzielt werden konnte. Eine der Komponenten, die zur deutlichen Verbesserung in der Abbildung der Kinder im G-DRG-System 2018 beigetragen haben, ist die Verbesserung der Langliegervergütung für Kinder. Darüber hinaus profitieren die DRG-Vergütungen für Kinderfälle von der Sachkostenkorrektur in besonderem Maße. Bei der weiterhin bestehenden Kostenunterdeckung der atypischen Fälle für Kinder ist zu berücksichtigen, dass sich diese vollständig auf die Kostenunterdeckung der Kostenausreißer von fünf DRGs der allgemeinen Versorgung (insbesondere für die Versorgung von nicht schwer erkrankten Neugeborenen) zurückführen lässt. Diese fünf DRGs zeichnen sich durch die in Kapitel 2.1.1 bereits beschriebene methodische Grenze bei der Identifikation von atypischen Fällen aus, d.h. bei diesen DRGs setzt aufgrund der für die Analyse zum Extremkostenbericht konsentierten Methodik bereits bei relativ geringen Kostengrenzen die Identifikation von Kostenausreißern ein. Schicksalhafte Kostenausreißer mit hohen Kosten, die ein entsprechend hohes finanzielles Risiko für die leistungserbringenden Krankenhäuser bedeuten würden, stehen im Fokus der Analysen zum Extremkostenbericht und werden bei den vorgenannten DRGs zwar auch gefunden, aber durch die hohe Anzahl von identifizierten Kostenausreißern überlagert. Höhere durchschnittliche Kosten lassen sich in diesen fünf DRGs zu einem (nicht bestimmbar) Anteil auf Besonderheiten bei der Kostenkalkulation (Gewichtung von Fällen bei der Behandlung von Kindern, vgl. z.B. Kap. 3.2.2.1) und insbesondere auf die Auslastung der Einrichtungen (vgl. Ausführungen in Kap. 3.2.2.1 bis 3.2.2.3) zurückführen. Damit stellt sich in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Frage, ob die identifizierten Kostenausreißer insbesondere in den fünf DRGs der allgemeinen Versorgung überhaupt Extremkostenfälle im Sinne des gesetzlichen Auftrags darstellen.

Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer

In der Analysemenge zu den vorgenannten Ergebnissen zur Kostendeckung der atypischen Fälle wurden die Kostenausreißer auf Basis des G-DRG-Systems 2018 bestimmt. In diesem Abschnitt soll nun betrachtet werden, wie sich die durchschnittliche Deckung der Kostenausreißer im Vergleich zwischen dem G-DRG-System 2016 und dem G-DRG-System 2018 verändert hat. Dazu werden die zu untersuchenden Fälle nach den beiden verschiedenen G-DRG-Systemen eingruppiert und die jeweils daraus resultierenden Erlöse ermittelt.

Würde darüber hinaus im Anschluss an die Neugruppierung auch eine erneute Ermittlung der Kostenausreißer erfolgen, ergäbe sich jedoch kein verwertbares Ergebnis, da sich die miteinander verglichenen Fallmengen erheblich unterscheiden würden. Fälle, die nach Eingruppierung gemäß G-DRG-System 2016 aufgrund der ermittelten Verteilungsfunktion als Kostenausreißer markiert werden, könnten bei Anwendung der ermittelten (gleichen oder ggf. auch einer anderen) Verteilungsfunktion auf nach dem G-DRG-System 2018 gruppierten Daten keine Ausreißer sein – und umgekehrt. Daher muss die Markierung der Fälle als Kostenausreißer bei der Betrachtung der Systemveränderungen sozusagen „fortgeschrieben werden“. Diese Vorgehensweise ist prinzipiell in zwei Betrachtungsrichtungen möglich:

- Wie verändert sich die Vergütung genau der Fälle, die nach dem G-DRG-System 2016 als Kostenausreißer identifiziert wurden, wenn die Eingruppierung und die Erlö-

se gemäß der G-DRG-Version 2018 zugrunde gelegt werden? (unabhängig davon, ob die Fälle nach dem G-DRG-System 2018 ebenfalls Kostenausreißer sind)

- Wie wäre die Vergütung genau der Fälle, die nach der G-DRG-Version 2018 als Kostenausreißer identifiziert werden, gewesen, wenn die Eingruppierung und die Erlöse gemäß dem G-DRG-System 2016 zugrunde gelegt würden? (unabhängig davon, ob die Fälle nach dem G-DRG-System 2016 ebenfalls Kostenausreißer gewesen wären)

Die Analyse wurde – unter Nichtberücksichtigung der Fälle in unbewerteten DRGs und der Kurzlieger in impliziten Ein-Belegungstag-DRGs – in beide Richtungen durchgeführt. Im Extremkostenbericht für 2018 werden die detaillierten Ergebnisse zur zweiten Frage (vgl. Tabelle 31 und Tabelle 32) dargestellt. Für die Berechnung der Erlöse werden die Angaben aus der Entgelte-Datei verwendet und die Relativgewichte der DRGs mit dem Landesbasisfallwert 2016 multipliziert. Damit zeigen die detaillierten Ergebnisse in Tabelle 31 und Tabelle 32 im Wesentlichen das Ergebnis der Veränderung der Bewertungsrelationen und der DRG-Klassifikation für das G-DRG-System 2018 an.

Zur Erinnerung werden zunächst die Ergebnisse für das Datenjahr 2015 nochmals in Kurzform wiedergegeben (Tabelle 29 und Tabelle 30). Die durchschnittliche Kostendeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall hatte sich auf Basis der Kostenausreißer des Datenjahres 2015 im G-DRG-System 2017 um etwa 50 € verbessert. Dies entsprach einer Verbesserung der durchschnittlichen Kostendeckung der Kostenausreißer um etwa 95%.

Leistungsgruppe	Fallzahl	Deckung gesamt (Euro)		
		Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2015	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2017	Diff.
DRGRegelVUD	147.789	-48.244.194	-40.723.400	7.520.794
DRGMaxVUD	20.366	39.378.314	40.262.106	883.792
DRGAVL	46.654	-8.483.664	-7.180.024	1.303.640
DRGSVL	5.224	5.963.558	5.633.668	-329.890
Gesamt	168.155	-8.865.880	-461.294	8.404.585

Tabelle 29: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, in €, Datenjahr 2015

Leistungsgruppe	Deckung je Fall (Euro)			
	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2015	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2017	Diff.	Veränderung V2015 vs. V2017
DRGRegelVUD	-326	-276	51	15,59%
DRGMaxVUD	1.934	1.977	43	2,24%
DRGAVL	-182	-154	28	15,37%
DRGSVL	1.142	1.078	-63	-5,53%
Gesamt	-53	-3	50	94,80%

Tabelle 30: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, € je Fall, Datenjahr 2015

Die rund 176.000 Kostenausreißer des Datenjahres 2016 im G-DRG-System 2018 weisen insgesamt eine Kostenüberdeckung von 0,3 Mio. € auf (vgl. Tabelle 31 und Tabelle 32). Die identischen Kostenausreißer weisen im G-DRG-System 2016 eine Kostenunterdeckung von 6,9 Mio. € auf. Durch die Weiterentwicklung des Entgeltsystems wird die Kostenunterdeckung der atypischen Fälle in eine Kostenüberdeckung gewandelt. Der Anstieg von rund 7,2 Mio. € für die Kostendeckung der atypischen Fälle entspricht einem Zuwachs von 105%.

Die Verbesserung der Kostendeckung der atypischen Fälle des Datenjahres 2016 im DRG-System 2018 resultiert annähernd gleichermaßen aus einem Rückgang der Kostenunterdeckung in DRGs der allgemeinen Versorgung (DRGRegelVUD) wie einer zunehmenden Kostenüberdeckung in DRGs der speziellen Versorgung (DRGMaxVUD). Die durchschnittliche Kostenunterdeckung der Lower- und Upper-Kostenausreißer je Fall lag für die Kostenausreißer des Datenjahres 2015 im G-DRG-System 2017 bei 3 €. Für die Kostenausreißer der atypischen Fälle im G-DRG-System 2018 (Datenjahr 2016) kann nun eine durchschnittliche Kostenüberdeckung in Höhe von 2 € je Fall festgestellt werden. Werden die für das G-DRG-System 2018 identifizierten Kostenausreißer (Datenjahr 2016) im G-DRG-System 2016 betrachtet, weisen diese eine durchschnittliche Kostenunterdeckung von 39 € je Fall aus. Die durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall der atypischen Fälle hat sich damit um rund 105% verbessert. Ein direkter Vergleich der beiden Datenjahre ist in dieser intertemporalen Analyse zwar nicht möglich. Nachdem sich die Dimension der Anzahl der Kostenausreißer in etwa unverändert zeigt, kann jedoch zumindest die Größenordnung der Kostendeckung betrachtet werden. Hier zeigt sich ein dimensionaler Wechsel der Kostenbelastung von einer Kostenunterdeckung zu einer Kostenüberdeckung zwischen den Datenjahren.

Die Höhe der Kostenüberdeckung der atypischen Fälle im Datenjahr 2016 resultiert im Ergebnis – im Vergleich zum Datenjahr 2015 unverändert – aus der Kostenunterdeckung der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung. Die Kostenausreißer der speziellen Versorgungsleistungen weisen unverändert eine Kostenüberdeckung auf. Die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen (DRGRegelVUD) des Datenjahres 2016 gruppiert nach dem G-DRG-System 2018 zeigen eine Verbesserung der Kostenunterdeckung von 3,1 Mio. €. Die Kostenüberdeckung der atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen (DRGMaxVUD) steigt um rund 4,0 Mio. € an (vgl. Tabelle 32). Bei Betrachtung der spezifischer definierten Leistungsgruppen zeigen die allgemeinen Versorgungsleistungen (DRGAVL) eine Verschlechterung der durchschnittlichen Kostenunterdeckung je Fall um rund 3,6% und die Kostenüberdeckung der speziellen Versorgungsleistungen einen Rückgang der durchschnittlichen Kostenüberdeckung je Fall um rund 2,1%.

Leistungsgruppe	Fallzahl	Deckung gesamt (Euro)		
		Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2016	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2018	Diff.
DRGRegelVUD	154.049	-39.542.799	-36.416.290	3.126.509
DRGMaxVUD	22.009	32.680.107	36.735.077	4.054.970
DRGAVL	46.640	-10.743.578	-11.130.261	-386.682
DRGSVL	5.827	6.621.019	6.484.019	-137.001
Gesamt	176.058	-6.862.692	318.787	7.181.479

Tabelle 31: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, in €, Datenjahr 2016

Leistungsgruppe	Deckung je Fall (Euro)			Veränderung V2016 vs. V2018
	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2016	Kostenausreißer gruppiert gem. G-DRG-System 2018	Diff.	
DRGRegelVUD	-257	-236	20	7,91%
DRGMaxVUD	1.485	1.669	184	12,41%
DRGAVL	-230	-239	-8	-3,60%
DRGSVL	1.136	1.113	-24	-2,07%
Gesamt	-39	2	41	104,65%

Tabelle 32: Entwicklung der Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppe, € je Fall, **Datenjahr 2016**

In nur drei Jahren der vertiefenden Analyse atypischer Fälle verbunden mit einer entsprechenden Berücksichtigung der Ergebnisse bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems konnte eine dimensionale Reduktion der Kostenunterdeckung der Kostenausreißer erreicht werden. Im Datenjahr 2016 zeigt sich im Ergebnis sogar eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle. Dabei weisen die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen weiterhin eine durchschnittliche Kostenunterdeckung und die Kostenausreißer der speziellen Versorgungsleistungen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung auf. Bei der Betrachtung muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Deckung der atypischen Fälle im G-DRG-System 2018 systematisch unterschätzt wird. Bedingt durch die angewandte Methodik werden Veränderungen in den Zusatzentgelten vom Datenjahr (hier: 2016) zum betrachteten Katalogjahr (hier: 2018) nicht berücksichtigt. Der damit verbundene systematische Fehler war in den zurückliegenden Jahren nicht von dimensionaler Bedeutung. Mit der Einführung der neuen Zusatzentgelte ZE162 und ZE163 zur Abbildung des erhöhten Pflegeaufwands bei pflegebedürftigen Patienten gemäß §§ 14, 15 SGB XI wurden zwei Zusatzentgelte von erheblicher dimensionaler Bedeutung in das G-DRG-System integriert (Details dazu entnehmen Sie bitte dem Abschlussbericht zum G-DRG-System 2018, Kap. 3.3.2.1). Während die Kostenkorrektur bei der Berechnung der Bewertungsrelationen voll berücksichtigt wurde, werden die korrespondierenden Erlösbeträge der beiden neuen Zusatzentgelte nicht betrachtet. Insofern ist die Überdeckung der atypischen Fälle de facto noch deutlicher. Sie liegt für die Kostenausreißer der Analysemenge um rund 0,5 Mio. € höher.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Bei etwa gleichbleibender Anzahl Kostenausreißer geht die Belastung durch Kostenausreißer insgesamt von 0,5 Mio. € (Datenjahr 2015 gruppiert nach dem G-DRG-System 2017) in eine Kostenüberdeckung von 0,3 Mio. € über (Datenjahr 2016 gruppiert nach G-DRG 2018).
2. Die Kostenausreißer zeigen insgesamt eine durchschnittliche Kostenüberdeckung von rund 2 € je Fall. Dabei zeigen die Kostenausreißer der allgemeinen Versorgungsleistungen unverändert im Vergleich zum Datenjahr 2015 eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall und die atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall.
3. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Erlöse aus den neuen Zusatzentgelten ZE162 und ZE163 für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten gemäß §§ 14, 15 SGB XI nicht berücksichtigt sind. Die Kostenüberdeckung der atypischen Fälle fällt de facto entsprechend höher auf.

4. Die Lower- und Upper-Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHAndere weisen mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL in den übrigen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall aus (positiver Indexwert).
5. In der Krankenhausgruppe KHUniMax sind die Kostenausreißer unabhängig von der Leistungsgruppendefinition (DRGRegelVUD, DRGMaxVUD, DRGAVL, DRGSVL) durch eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall gekennzeichnet.
6. 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.
7. Die Kostenausreißer der Kurzlieger weisen typischerweise eine durchschnittliche Kostenüberdeckung und die atypischen Fälle der Langlieger typischerweise eine durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall auf. Ausnahme: Die Kostenausreißer der Langlieger in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgung (DRGSVL und DRGMaxVUD) zeigen für die Krankenhausgruppe KHAndere eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Indexwert). Die Inlier zeigen in der Leistungsgruppe DRGAVL in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung (negativer Indexwert) und in allen übrigen Leistungsgruppen-Krankenhausgruppen-Kombinationen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung (positiver Indexwert).
8. Die durch Kostenausreißer verursachte Unterdeckung in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD ist absolut am stärksten ausgeprägt. Bei einer Betrachtung „je Fall“ weisen die atypischen Fälle der Leistungsgruppe DRGAVL den höchsten Wert auf. Die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall der atypischen Fälle in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD ist ausgeprägter als die durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer in der Leistungsgruppe DRGSVL.
9. Die untersuchten Leistungsgruppen DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko zeigen analog zum Vorjahr überwiegend eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle. Lediglich die Leistungsgruppen DRGOnko und DRGKinderOnko weisen für die Krankenhausgruppe KHUniMax eine durchschnittliche Kostenunterdeckung auf.
10. Bei der gesonderten Betrachtung von Kindern hinsichtlich der Fallanteile, Belastungsindizes nach Krankenhaus- und Leistungsgruppen sowie in den gesondert betrachteten Leistungsgruppen zeigt sich ein qualitativ vergleichbares Bild im Vergleich zu den Analyseergebnissen aller Fälle.
11. Durch eine nochmals verbesserte Abbildung der Behandlung von Kindern im G-DRG-System 2018 konnte die Kostenbelastung der atypischen Fälle von Kindern vom Datenjahr 2015 zum Datenjahr 2016 um rund 2,1 Mio. € (entspricht einer Verbesserung von 27%) reduziert werden. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die identifizierten Kostenausreißer für Kinder insbesondere in fünf DRGs der allgemeinen Versorgung überhaupt Extremkostenfälle im Sinne des gesetzlichen Auftrags darstellen.

3.4.5 Intertemporaler Vergleich auf Krankenhausebene

In diesem Abschnitt wird die Kostenbelastung durch atypische Fälle auf Krankenhausebene im intertemporalen Vergleich analysiert. Um eine Identifikation des einzelnen Hauses zu vermeiden, wird die Betrachtung in einer aggregierten und anonymisierten Form wiedergegeben. Die Gesamtsituation des intertemporalen Vergleichs auf Krankenhausebene wird in Abbildung 33 schematisch dargestellt.

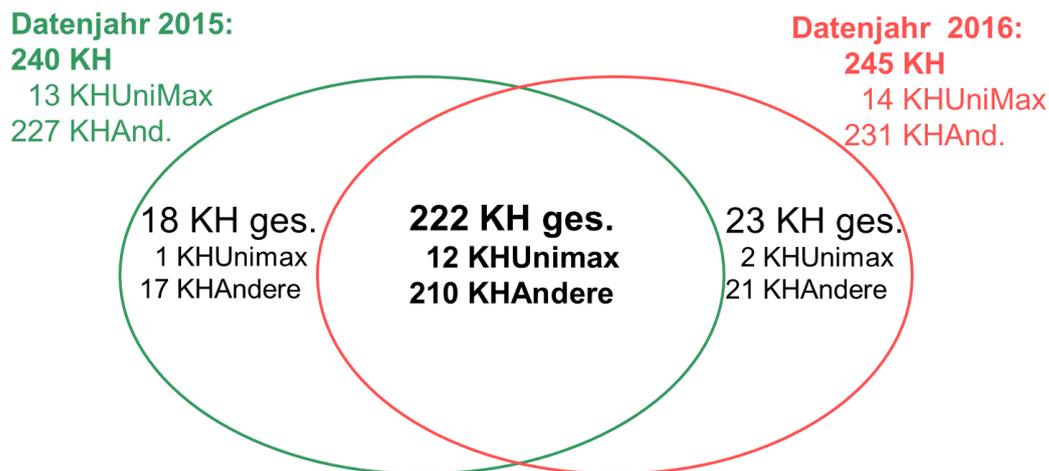


Abbildung 33: Intertemporaler Vergleich auf Krankenhausebene, Datenjahre 2015 und 2016

Dazu werden im Folgenden ausschließlich die Krankenhäuser betrachtet, die in den beiden Datenjahren 2015 und 2016 in der Analysemenge enthalten waren. In der Krankenhausgruppe KHUniMax waren 12 Häuser und in der Krankenhausgruppe KHAndere 210 von 231 Häusern in beiden Datenjahren in der Analysemenge enthalten. Insgesamt sind damit 222 von 245 Krankenhäusern (91%) in beiden Datenjahren vertreten. Auf diese 222 Häuser entfallen 92% der Fälle in der Analysemenge des Datenjahres 2016.

Betrachtet wird die Kostendeckung der Kostenausreißer des Datenjahres 2015 (gruppiert nach G-DRG 2015/2017) einerseits und des Datenjahres 2016 (gruppiert nach G-DRG 2016/2018) andererseits. Damit werden – anders als im Abschnitt „Verbesserung der Abbildung der Kostenausreißer“ – zwei unterschiedliche Mengen von Kostenausreißern miteinander verglichen. Damit können nur Aussagen zur Kostenbelastung durch atypische Fälle auf Krankenhausebene hinsichtlich der Veränderung der Größenordnung der Kostenbelastung getroffen werden. Eine gezielte Betrachtung der Kostendeckung bestimmter Kostenausreißer ist nicht möglich. Ein direkter Bezug der Veränderung auf einzelne DRG-bezogene Veränderungen durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ist ebenfalls nicht möglich.

Die Kostenunterdeckung der beiden Datenjahre 2015 und 2016 und deren Differenz wird in Tabelle 33 dargestellt. Dabei zeigen die oberen Zeilen der Tabelle die Ergebnisse nach der Krankenhausgruppe, differenziert für die Häuser, die in beiden Datenjahren in der Analysemenge vertreten waren. In den Zeilen darunter finden sich die Deckungsangaben für die Häuser, die entweder im Datenjahr 2015 oder im Datenjahr 2016 in der Analysemenge vertreten waren.

KH im Datenjahr 2015 und 2016		Deckung in Mio. Euro		
Krankenhausgruppe	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2015	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2016	Differenz
KHUniMax	12	-47,6	-51,1	-3,6
KHAndere	210	43,9	44,9	0,9
Gesamt	222	-3,6	-6,3	-2,7

KH nur im Datenjahr 2015		Deckung in Mio. Euro		
	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2015	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2016	Differenz
Gesamt	18	3,4		

KH nur im Datenjahr 2016		Deckung in Mio. Euro		
	Anzahl KH	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2015	Deckung Kostenausreißer Datenjahr 2016	Differenz
Gesamt	23		7,1	

Tabelle 33: Deckung der Kostenausreißer nach Krankenhausgruppe im intertemporalen Vergleich, Datenjahre 2015, 2016

Die Kostenunterdeckung der Kostenausreißer der 222 in beiden Datenjahren in der Analysenmenge vertretenen Häuser steigt im intertemporalen Vergleich von 3,6 Mio. € auf 6,3 Mio. €. Dieser Rückgang der Kostendeckung lässt sich quasi allein auf die zunehmende Kostenunterdeckung der Kostenausreißer der 13 Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax zurückführen. Die Kostendeckung der Kostenausreißer der 210 Häuser in der Krankenhausgruppe KHAndere bleibt im intertemporalen Vergleich in etwa gleich hoch. Diese Ausschnittsbetrachtung ist jedoch irreführend: Die Instabilität der Teilnahme von Universitätskliniken an der Kostenerhebung (deutlich differierende Stichprobenzusammensetzung in den einzelnen Datenjahren in der Krankenhausgruppe KHUniMax) führt zu erheblich unterschiedlichen Verteilungsverläufen der bereinigten Kosten und damit zu einer anderen Identifikation von Fällen als Kostenausreißer. Eine Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf andere Universitätskliniken ist nicht möglich.

Während die 18 Häuser, die im intertemporalen Vergleich nur im Datenjahr 2015 vertreten waren, eine Kostenüberdeckung der atypischen Fälle von 3,4 Mio. € aufweisen, zeigen die nur im Datenjahr 2016 vertretenen 23 Häuser eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer von 7,1 Mio. €.

Aus der Aggregation der Daten aus Tabelle 33 wird deutlich, dass sich die Kostenunterdeckung der Kostenausreißer im Datenjahr 2015 (0,2 Mio. €) in eine Kostenüberdeckung im Datenjahr 2016 (0,8 Mio. €) umgekehrt hat. Von den 12 Häusern der Krankenhausgruppe KHUniMax stehen sich im Vergleich zwischen den Datenjahren sieben Häuser schlechter und fünf Krankenhäuser besser (vgl. Abbildung 34).

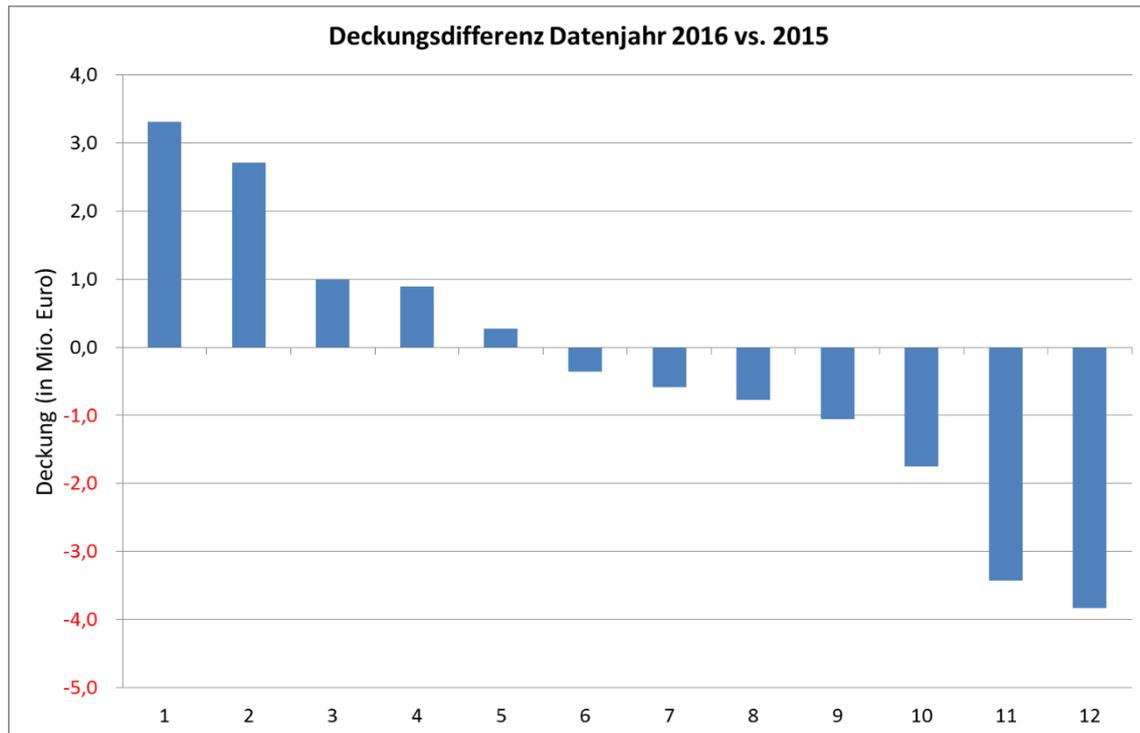


Abbildung 34: Differenz der Deckung (Mio. €) der Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHUniMax im Vergleich der Datenjahre 2015 und 2016

In der Krankenhausgruppe KHAndere zeigen im intertemporalen Vergleich 106 Häuser eine Verschlechterung und 104 Häuser eine Verbesserung der Kostenbelastung durch Kostenausreißer.

Zwischenfazit

Als Zwischenergebnis dieses Analyseteils kann festgehalten werden:

1. Die Kostenbelastung durch Kostenausreißer hat sich vom Datenjahr 2015 zum Datenjahr 2016 von einer durchschnittlichen Kostenunterdeckung in eine durchschnittliche Kostenüberdeckung umgekehrt.
2. Während die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax eine Kostenunterdeckung der atypischen Fälle aufweisen, zeigen die Häuser in der Krankenhausgruppe KHAndere eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer.
3. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Vorjahren ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax wegen der zwischen den Datenjahren variierenden Beteiligung von Universitätskliniken an der Kostenkalkulation nur stark eingeschränkt möglich.

3.4.6 Belastung durch Kostenausreißerfälle

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

3. Sind saldierte Kostenunter- und Kostenüberdeckungen auf DRG-Ebene oder auf Hausebene ungleich zwischen den Krankenhäusern verteilt?
4. Wie stellen sich Kostendeckungssalden auf DRG-Ebene oder auf Hausebene im Zeitverlauf dar?

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

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

Die grundsätzlichen Analyseergebnisse zur Kostendeckung wurden bereits in Kapitel 3.4.4.3 vorgestellt. Eine anonymisierte krankenhausbegleitende Darstellung zeigt Abbildung 35. 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 35 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.

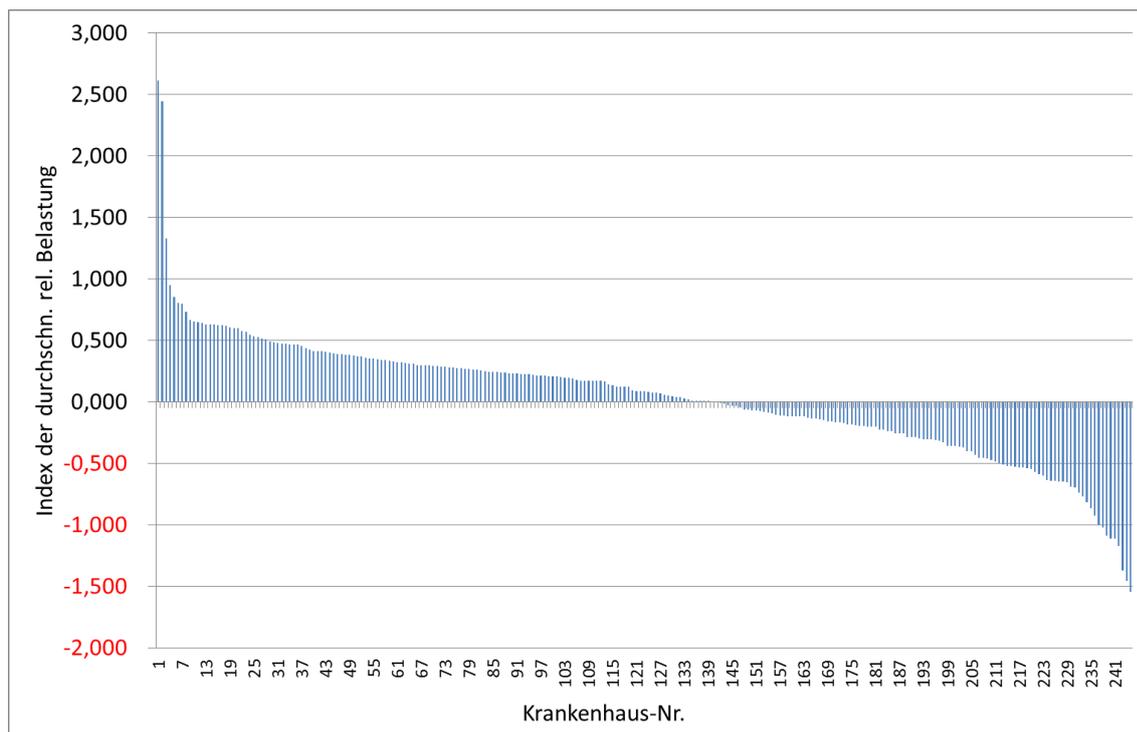


Abbildung 35: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in den analysierten Krankenhäusern, Datenjahr 2016

139 Krankenhäuser weisen eine unterdurchschnittliche Belastung je Fall durch die Kostenausreißer und 106 Krankenhäuser eine überdurchschnittliche Belastung je Fall durch Kostenausreißer aus. Abbildung 35 zeigt auch, dass die Anzahl der Krankenhäuser mit einer überdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer je Fall kleiner ist als die Anzahl der Krankenhäuser mit einer unterdurchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer je Fall. Damit ergibt sich im Datenjahr 2016 qualitativ das gleiche Bild wie in den Vorjahren.

Abbildung 36 zeigt den Index der durchschnittlichen Belastung durch Kostenausreißer ausschließlich für die 14 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. Ein Krankenhaus der Krankenhausgruppe KHUniMax weist eine unterdurchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf; entsprechend weisen 13 Häuser eine überdurchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer je Fall auf. Damit ergibt sich im Datenjahr 2016 qualitativ das gleiche Bild wie in den Vorjahren.

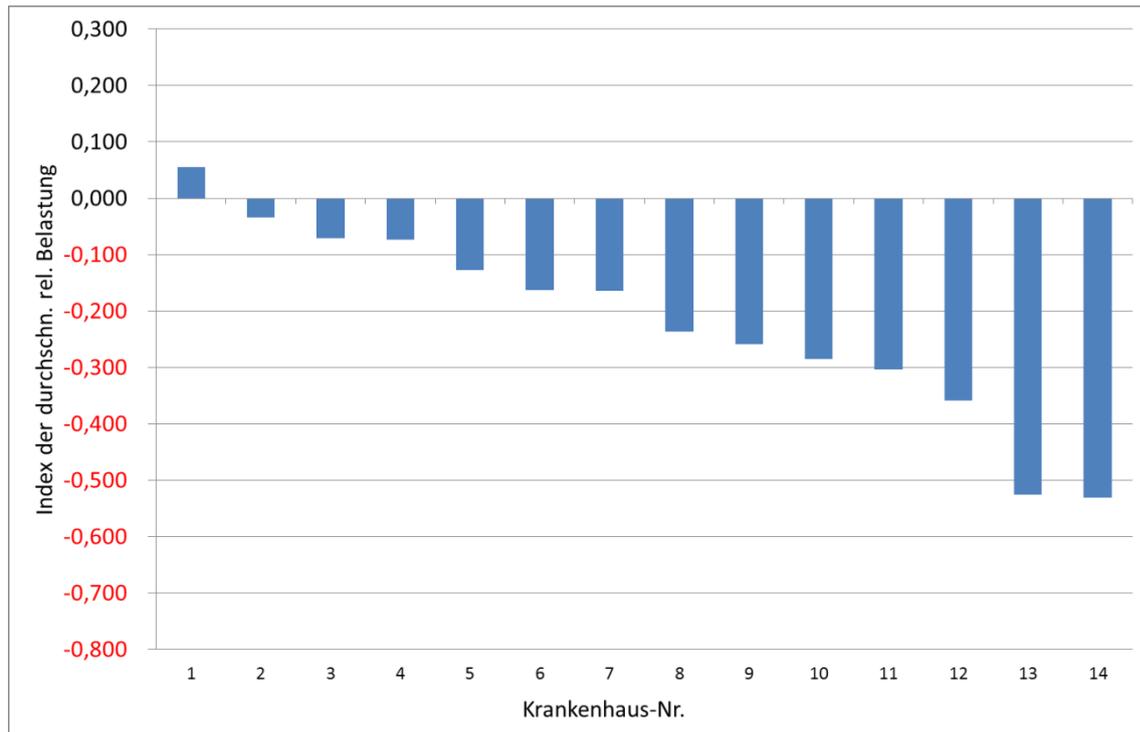


Abbildung 36: Index der durchschnittlichen relativen Belastung durch Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2016

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

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

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

Als Testverfahren bietet sich hierfür der nicht parametrische Kolmogorov-Smirnov-Test¹¹ an, der die Nullhypothese überprüft, ob die beiden beobachteten Datenreihen (beobachtete Anzahl von Kostenausreißern je DRG vs. theoretisch erwartete Anzahl von Kostenausreißern je DRG) derselben Verteilungsfunktion folgen. Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 34.

Datenjahr 2016							
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	14	14	10	4	9	0	9
KHAndere	231	73	53	20	27	11	16
Alle Krankenhäuser	245	87	63	24	36	11	25

Datenjahr 2015							
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	13	13	10	3	8	0	8
KHAndere	227	74	53	21	39	22	17
Alle Krankenhäuser	240	87	63	24	47	22	25

Tabelle 34: Ergebnis des Kolmogorov-Smirnov-Tests auf Krankenhausebene, Datenjahr 2016

Tabelle 34 zeigt, dass für alle 14 Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax die Verteilung der Lower-Kostenausreißer in den jeweiligen Leistungsportfolios signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt abweicht. Für zehn Krankenhäuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant niedrigerem Anteil an Lower-Kostenausreißern und für vier Krankenhäuser eine Verteilung mit signifikant höherem Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für neun Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax weicht die Verteilung der Upper-Kostenausreißer signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt ab (höherer Anteil an Upper-Kostenausreißern). Von den 231 Krankenhäusern in der Gruppe KHAndere zeigt sich bei 73 Häusern eine signifikante Abweichung der Verteilung der Lower-Kostenausreißer vom erwarteten Stichprobendurchschnitt. Für 53 Krankenhäuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant geringerem Anteil, für 20 Häuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant höherem Anteil an Lower-Kostenausreißern. Für 27 Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere weicht die Verteilung der Upper-Kostenausreißer signifikant vom Stichprobendurchschnitt ab. Für 11 Krankenhäuser ergibt sich dabei eine Verteilung mit signifikant geringerem Anteil an Upper-Kostenausreißern, für 16 Häuser ergibt sich eine Verteilung mit signifikant größerem Anteil an Upper-Kostenausreißern. Die Ergebnisse der Vorjahre hinsichtlich der Signifikanz können mit der aktuellen Analyse bestätigt werden:

1. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax weisen neun Häuser (von 14) eine Verteilung mit signifikant größerem Anteil an Upper-Kostenausreißern auf (acht von insgesamt 13 Häusern im Datenjahr 2015).
2. Wenn die Verteilung der Upper-Kostenausreißer signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt abweicht, dann mehrheitlich in Richtung eines signifikant größeren Anteils an Upper-Kostenausreißern.

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

3. Weicht die Verteilung der Lower-Kostenausreißer signifikant vom erwarteten Stichprobendurchschnitt ab, dann zeigt sich die jeweils größere Anzahl an Krankenhäusern in beiden Krankenhausgruppen mit einem signifikant kleineren Anteil an Lower-Kostenausreißern.

3.4.6.3 Durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausindividuellem Leistungsportfolio

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

Das Ergebnis zeigt Abbildung 37, in der die Krankenhäuser nach dem Belastungswert je Krankenhaus absteigend sortiert sind. Für 146 Krankenhäuser liegt der Belastungswert oberhalb der Nulllinie und für 99 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.

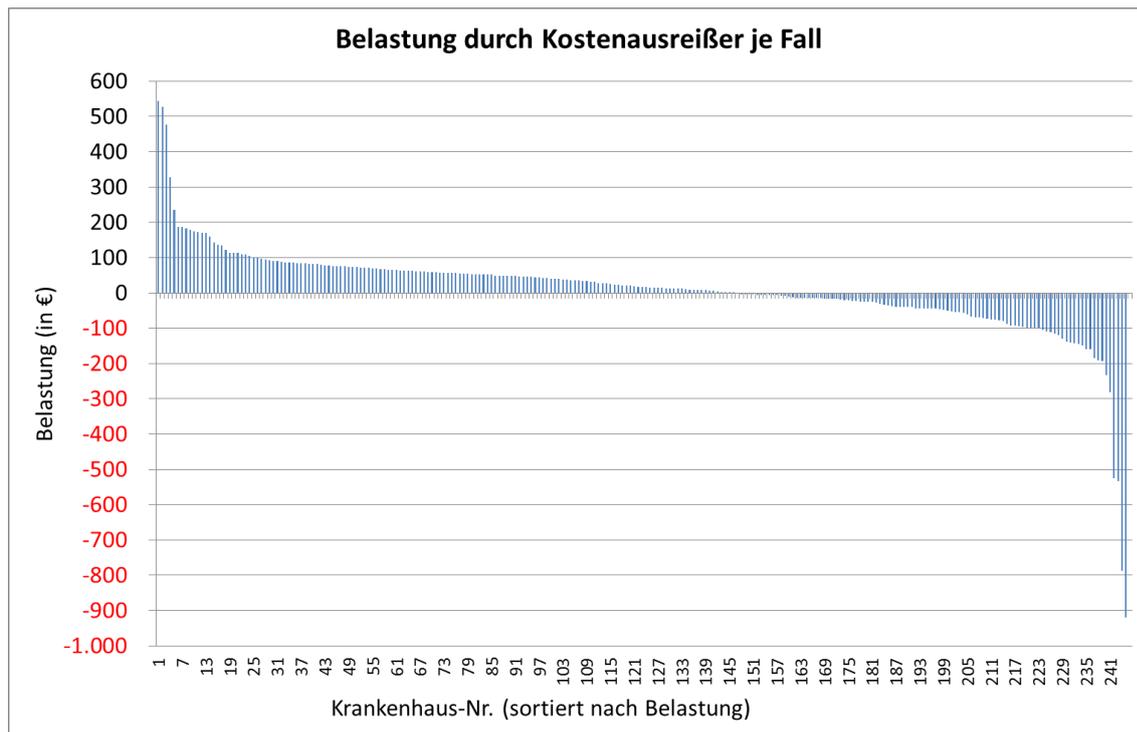


Abbildung 37: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall nach individuellem Leistungsportfolio, Datenjahr 2016

Die 146 Krankenhäuser oberhalb der Nulllinie zeichnen sich durch eine geringere durchschnittliche Fallzahl (ca. 12.000 Fälle) im Vergleich zu den 99 Krankenhäusern unterhalb der Nulllinie (ca. 16.400 Fälle) aus. Werden die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax aus der Betrachtung herausgenommen, zeigen die Krankenhäuser oberhalb und unterhalb der Nulllinie eine angenäherte durchschnittliche Fallzahl (ca. 12.000 bzw. ca. 10.400). 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. 21% oberhalb und bei ca. 20% unterhalb der Nulllinie. Bei Betrachtung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass im Vergleich zum Vorjahr rund 91% der Kalkulationsteilnehmer identisch sind. Das qualitative Ergebnis aus den Analysen der Vorjahre wird durch die aktuellen Analysen bestätigt.

Abbildung 38 betrachtet den Belastungswert ausschließlich für die Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Für 13 Häuser der Krankenhausgruppe KHUniMax ist die Belastung durch Kostenausreißer je Fall höher, als im Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe aufgrund des individuellen Leistungsportfolios zu erwarten gewesen wäre. Bei einem Haus der Krankenhausgruppe KHUniMax ist die Belastung durch Kostenausreißer je Fall geringer, als im Durchschnitt der Kalkulationsstichprobe aufgrund des individuellen Leistungsportfolios zu erwarten gewesen wäre.

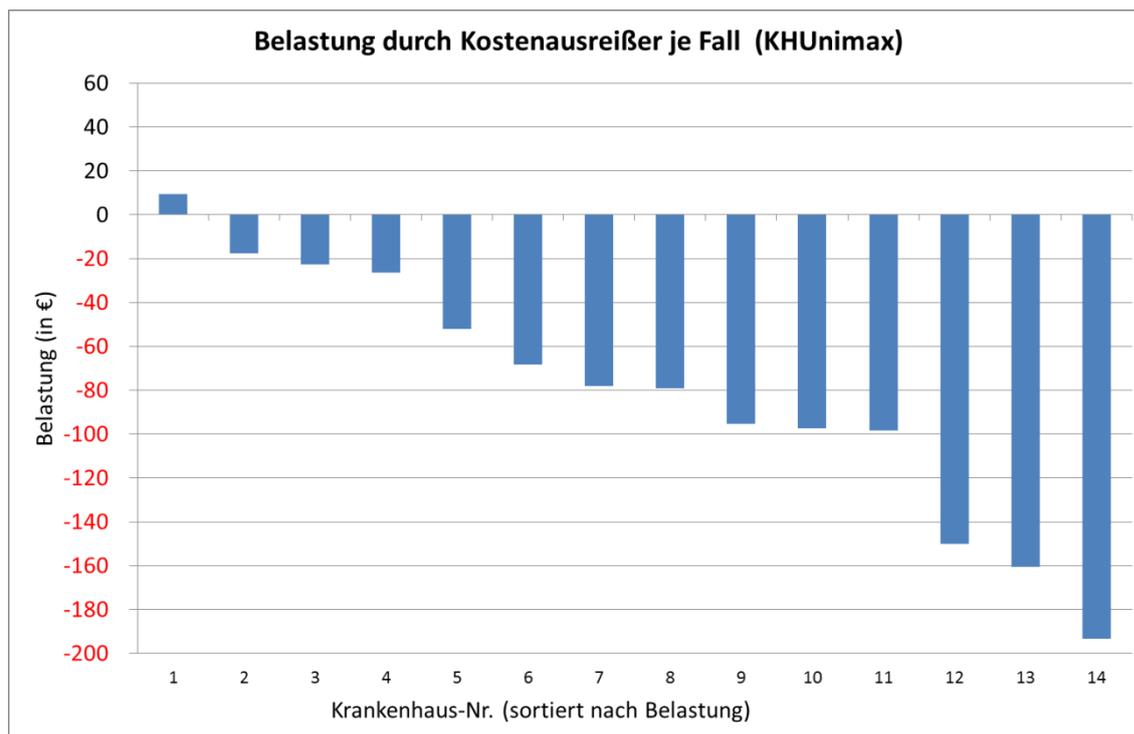


Abbildung 38: Belastungswert durch Kostenausreißer je Fall nach individuellem Leistungsportfolio in der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2016

Die bisher vorgestellten Ergebnisse legen nahe, dass

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

Analog zur Vorgehensweise bei der Verteilung der Anteile an Lower- und Upper-Kostenausreißern kann für die Betrachtung der durchschnittlichen Belastung mit Kostenausreißern je krankenhausesindividuellem Leistungsportfolio ein Kolmogorov-Smirnov-Test (vgl. Kap. 3.4.6.2) durchgeführt werden. Im Ergebnis zeigt dieser Test, dass für alle Krankenhäuser die Verteilung der erwarteten Belastung mit Kostenausreißern in den jeweiligen Leistungsportfolios signifikant von der Verteilung der beobachteten Belastung mit Kostenausreißern abweicht. Damit entspricht auch im Datenjahr 2016 – wie bereits in den vorherigen Datenjahren – kein Krankenhausportfolio im Sinne der Belastung mit Kostenausreißern dem durchschnittlichen Portfolio der Stichprobe. Vereinfacht formuliert: Kein Krankenhaus in der Analysegruppe zeichnet sich durch eine durchschnittliche Belastung mit Kostenausreißern bezogen auf das krankenhausesindividuelle Leistungsportfolio aus. Die individuellen Belastungen (Kostenunterdeckungen wie auch Kostenüberdeckungen) verteilen sich in allen Krankenhäusern der Analysegruppe auf die einzelnen DRGs in den krankenhausesindividuellen Leistungsportfolios nach einem vom Stichprobendurchschnitt abweichenden Muster.

Zwischenfazit

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

3.4.7 Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)

Das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl. I, S. 2229) beinhaltet auch Änderungen des ordnungspolitischen Rahmens zum G-DRG-Vergütungssystem. Wie detailliert im Abschlussbericht zum G-DRG-System 2018 beschrieben (Kap. 3.2.3), ergeben sich Auswirkungen auf den Entgeltkatalog bzw. die Berechnung der Bewertungsrelationen durch die sachgerechte Korrektur der Bewertungsrelationen zur Vermeidung systematischer Übervergütung der Sachkosten – im Folgenden Sachkostenkorrektur genannt – in § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG und durch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen in § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG i.V.m. § 9 Abs. 1c Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Die Sachkostenkorrektur als Erlöskorrektur der Bewertungsrelationen für Inlier verfolgt das Ziel, den Erlös für den in den Bewertungsrelationen enthaltenen Sachkostenanteil auf die Höhe der tatsächlich durchschnittlich angefallenen Kosten abzusenken. Die Sachkostenkorrektur wird dabei als reiner Umverteilungseffekt umgesetzt, d.h. im Jahr 2018, dass der Korrektur der Erlöse für Sachkosten (-6,99%) die korrespondierende Aufwertung der Erlöse für Personal- und Infrastrukturkosten (+1,86%) gegenübersteht.

Zur Umsetzung der Regelungen zur gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen haben die Vertragsparteien auf Bundesebene am 29. August 2016 eine Vereinbarung geschlossen, nach der die Bewertungsrelationen bestimmter DRGs (siehe Tabelle 35) insgesamt um die Absenkung der Erlöse für Sachkosten durch die Sachkostenkorrektur (-6,99%) zu vermindern sind. Sowohl bei der Sachkostenkorrektur als auch bei der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen ist zu beachten, dass auf Basis der Vereinbarungen der Vertragsparteien auf Bundesebene im Datenjahr 2015 eine 50%ige Korrektur und im Datenjahr eine 60%ige Korrektur vorgenommen wurde (Details dazu finden Sie in Kap. 3.2.3 im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018).

Die Berechnung der Bewertungsrelationen für den G-DRG-Katalog 2018 erfolgte in einem integrierten Gesamtprozess, sodass die Auswirkungen der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen nicht isoliert betrachtet werden können. Eine Betrachtung der gemeinsamen Auswirkungen der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen im Vergleich zu einem (fiktiven) DRG-Katalog ohne diese Erlöskorrekturen ist möglich und Gegenstand der folgenden Ausführungen.

DRG	DRG-Bezeichnung	DRGRegeIVUD	DRGAVL	DRGMaxVUD, DRGSVL, DRGOnko, DRGIntensiv, DRGKinderOnko
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat	✓	✗	✗
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule	✓	✗	✗
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff, mehr als ein Belegungstag	✓	✗	✗
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff oder ein Belegungstag	✓	✗	✗
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff	✓	✓	✗
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur	✓	✓	✗
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	✓	✓	✗

Tabelle 35: Zuordnung der DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelation zu den analysierten Leistungsgruppen im G-DRG-System 2018

Die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen stellen eine Erlöskorrektur durch Anpassung der Inlier-Bewertungsrelationen dar. Folglich resultieren hieraus keine Änderungen bei den bereinigten Kosten auf Fallebene (vgl. Kap. 1.3.1 zur Definition der Fallkosten). Alle DRGs besitzen in Konsequenz vor und nach Sachkostenkorrektur und gezielter Absenkung von Bewertungsrelationen dieselben empirischen Verteilungen und deswegen dieselben theoretischen Verteilungsfunktionen mit denselben Grenzen für Kostenausreißer. Dieselben Fälle werden als Kostenausreißer identifiziert. Hinsichtlich der Deckungsbetrachtung zeigen die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen aber fallbezogene Auswirkungen. Analysiert werden die Kostenausreißer des Datenjahres 2016 gruppiert nach der G-DRG-Version 2018.

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

Spezielle und allgemeine Versorgungsleistungen

Wie in Tabelle 36 in der Gesamtbetrachtung zu erkennen ist, bewegen sich die Auswirkungen der Sachkostenkorrektur (SKK) und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen (GAB) in Richtung einer Verbesserung der Abbildung der betrachteten Kostenausreißer. Sowohl die Kostenunterdeckung der atypischen Fälle der Leistungsgruppe DRGRegelVUD als auch die Kostenüberdeckung der Kostenausreißer der Leistungsgruppe DRGMaxVUD gehen zurück. Bei Betrachtung der spezifischer definierten Leistungsgruppen zeigen sich eine Abnahme der Kostenüberdeckung in der Leistungsgruppe DRGSVL und eine Zunahme der Kostenunterdeckung in der Leistungsgruppe DRGAVL. Im Saldo aller Kostenausreißer aller analysierten DRGs resultiert aus der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen eine zusätzliche Kostenunterdeckung der atypischen Fälle von rund 0,1 Mio. €. Ein Vergleich der Ergebnisse mit den Vorjahreswerten ist wegen der Anpassung der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen von einer 50%igen zu einer 60%igen Korrektur nur im Hinblick auf die Bewegungsrichtung möglich. Darüber hinaus ist der Vergleich wegen der dynamischen Definition der Leistungsgruppen ebenfalls eingeschränkt (vgl. Kap. 3.4.2).

Alle von der gezielten Absenkung der Bewertungsrelation betroffenen DRGs zählen zur Leistungsgruppe DRGRegelVUD (vgl. Tabelle 35). Die DRGs I47C, I68D und I68E sind darüber hinaus auch in der Leistungsgruppe DRGAVL enthalten. Da keine der DRGs zu den Leistungsgruppen DRGMaxVUD und DRGSVL gehört, profitieren diese beiden Leistungsgruppen von der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen.

		Deckung gesamt (Euro) Kostenausreißer; gruppiert gem. G-DRG-System 2018
Leistungsgruppe	Fallzahl	Differenz aus SKK + GAB
DRGRegelVUD	154.287	822.056
DRGMaxVUD	22.011	-919.173
DRGAVL	46.666	-160.549
DRGSVL	5.828	-962.729
Gesamt	176.298	-97.117

Tabelle 36: Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Belastung durch Kostenausreißer nach Leistungsgruppen, in €, Datenjahr 2016

Tabelle 37 zeigt, dass die atypischen Fälle der speziellen Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD mit 32,9% bzw. 22,8% einen Sachkostenanteil über dem Sachkostenanteil aller atypischen Fälle der Analysemenge (18,6%) aufweisen und damit stärker von der Sachkostenkorrektur betroffen sind. Die allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD weisen hingegen mit einem Anteil von 13,1% bzw. 16,5% unterdurchschnittliche Sachkostenanteile auf. Sie profitieren damit von der Sachkostenkorrektur. Der Sachkostenanteil der atypischen Fälle liegt mit 18,6% in der Größenordnung des Sachkostenanteils für alle Fälle der Analysemenge (18,3%). Grundsätzlich gilt:

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

Leistungsgruppe	Sachkostenanteil	
	Alle Fälle	Kosten- ausreißer
DRGRegelVUD	16,1%	16,5%
DRGMaxVUD	23,4%	22,8%
DRGAVL	12,0%	13,1%
DRGSVL	33,9%	32,9%
Gesamt	18,3%	18,6%

Tabelle 37: Sachkostenanteil in Bezug auf die Menge aller Fälle und die Kostenausreißer nach Leistungsgruppen, Datenjahr 2016

Gesondert betrachtete Leistungsgruppen

Bei den gesondert betrachteten Leistungsgruppen gilt im Datenjahr 2016 hinsichtlich der Sachkostenanteile:

1. In der Leistungsgruppe DRGIntensiv ist der Sachkostenanteil der Kostenausreißer kleiner als der Sachkostenanteil aller Fälle der Leistungsgruppe.
2. In den Leistungsgruppen DRGOnko und DRGKinderOnko ist der Sachkostenanteil der atypischen Fälle höher als der Sachkostenanteil aller Fälle der jeweiligen Leistungsgruppe.

3. Für die Fallmenge der Kinder ist der Sachkostenanteil der atypischen Fälle höher als der Sachkostenanteil aller Fälle mit einem Alter < 16 Jahre.

Die DRGs mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen gehören zu keiner der gesondert betrachteten DRG-Leistungsgruppen (DRGIntensiv, DRGOnko bzw. DRGKinderOnko). Insofern ist davon auszugehen, dass die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen in diesen Leistungsgruppen einen positiven Effekt erzielt.

		Deckung gesamt (Euro) Kostenausreißer; gruppiert gem. G-DRG-System 2018
Leistungsgruppe	Fallzahl	Differenz aus SKK + GAB
DRGIntensiv	2.488	79.840
DRGOnko	17.537	185.688
DRGKinderOnko	606	-992
Kinder	21.676	393.519
Gesamt	176.298	-97.117

Tabelle 38: Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Belastung durch Kostenausreißer nach gesonderten Leistungsgruppen, in €, Datenjahr 2016

In den Leistungsgruppen DRGIntensiv und DRGOnko erhöht sich durch die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen die Kostenüberdeckung der atypischen Fälle. Für die Leistungsgruppe DRGKinderOnko zeigt sich qualitativ keine Veränderung der durchschnittlichen Kostenunterdeckung der Kostenausreißer (-1,64 € je atypischem Fall). Die Kostenausreißer in der Fallmenge der Kinder erfahren durch die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen einen positiven Effekt. Die Kostendeckung der atypischen Fälle der Kinder steigt um rund 0,4 Mio. €. Somit zeigt sich auch in der Betrachtung der Kostenausreißer die Verbesserung der Vergütungssituation der Kinder, die aus der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen als Beitrag der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2018 für die Behandlung von Kindern resultiert.

Leistungsgruppe	Sachkostenanteil	
	Alle Fälle	Kosten- ausreißer
DRGIntensiv	19,3%	18,4%
DRGOnko	18,4%	19,8%
DRGKinderOnko	22,9%	28,8%
Kinder	12,6%	14,0%
Gesamt	18,3%	18,6%

Tabelle 39: Sachkostenanteil in Bezug auf die Menge aller Fälle und die Kostenausreißer nach gesonderten Leistungsgruppen, Datenjahr 2016

Vergleich der Krankenhausgruppen

Sowohl die Sachkostenkorrektur als auch die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen wirken sich systemweit auf die Erlöse der Fallpauschalen aus. Je nach Leistungsspektrum der Krankenhäuser können die einzelnen Krankenhäuser hiervon unterschiedlich betroffen sein: Beides, Erlöszuwächse und Erlösrückgänge, sind möglich. Tabelle 40 ist zu entnehmen, dass sich die Sachkostenkorrektur auf die Deckung der Kostenausreißer in der Krankenhausgruppe KHUniMax mit -0,1 Mio. € negativ auswirkt. In der Krankenhausgruppe KHAndere ist die Deckung der Kostenausreißer nahezu unverändert (+ 25.000 €).

Krankenhausgruppe	Fallzahl	Deckung gesamt (Euro) Kostenausreißer; gruppiert gem. G-DRG-System 2018
		Differenz aus SKK + GAB
KHUniMax	40.412	-122.357
KHAndere	135.886	25.240
Gesamt	176.298	-97.117

Tabelle 40: Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Belastung durch Kostenausreißer nach Krankenhausgruppen, in €, Datenjahr 2016

Mit Blick auf Tabelle 41 war dieses Ergebnis zu erwarten, da der Sachkostenanteil in der Krankenhausgruppe KHUniMax mit 20,2% über und der Sachkostenanteil der Krankenhausgruppe KHAndere mit 17,9% unter dem Durchschnitt (18,6%) liegt. Die Ergebnisse des Vergleichs der Krankenhausgruppen spiegeln den vergleichsweise hohen Anteil der speziellen Versorgungsleistungen der Krankenhausgruppe KHUniMax wider, welche – wie oben gezeigt – stärker von der Sachkostenkorrektur betroffen sind.

Krankenhausgruppe	Sachkostenanteil	
	Alle Fälle	Kosten- ausreißer
KHUniMax	20,2%	20,2%
KHAndere	17,5%	17,9%
Gesamt	18,3%	18,6%

Tabelle 41: Sachkostenanteil in Bezug auf die Menge aller Fälle und die Kostenausreißer nach Krankenhausgruppen, Datenjahr 2016

Abbildung 39 zeigt grafisch die Auswirkung der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung der Kostenausreißer für die 14 Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax. Die Sachkostenkorrektur und die gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen resultiert für vier der 14 Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax in einem positiven Effekt und für zehn Krankenhäuser in einem negativen Effekt.

Einen Vergleich des Effekts aus Sachkostenkorrektur und gezielter Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung der Kostenausreißer für alle 245 analysierten Krankenhäuser zeigt Abbildung 40. Für 168 Krankenhäuser resultiert daraus für die Deckung der Kostenausreißer ein positiver Effekt. Für 77 Krankenhäuser zeigt die Deckung der atypischen Fälle einen negativen Effekt. Damit verbessert sich die Deckung der Kostenausreißer infolge der Sachkostenkorrektur und die gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen für rund zwei Drittel (68,6%) der Krankenhäuser. Bedingt durch die Anpassung der Sachkostenkor-

rektur und der gezielte Absenkung von Bewertungsrelationen von einer 50%igen zu einer 60%igen Korrektur ist die Spannweite zwischen größtem positivem Effekt und größtem negativem Effekt auf die Deckung der atypischen Fälle im Datenjahr 2016 größer als im Datenjahr 2015.

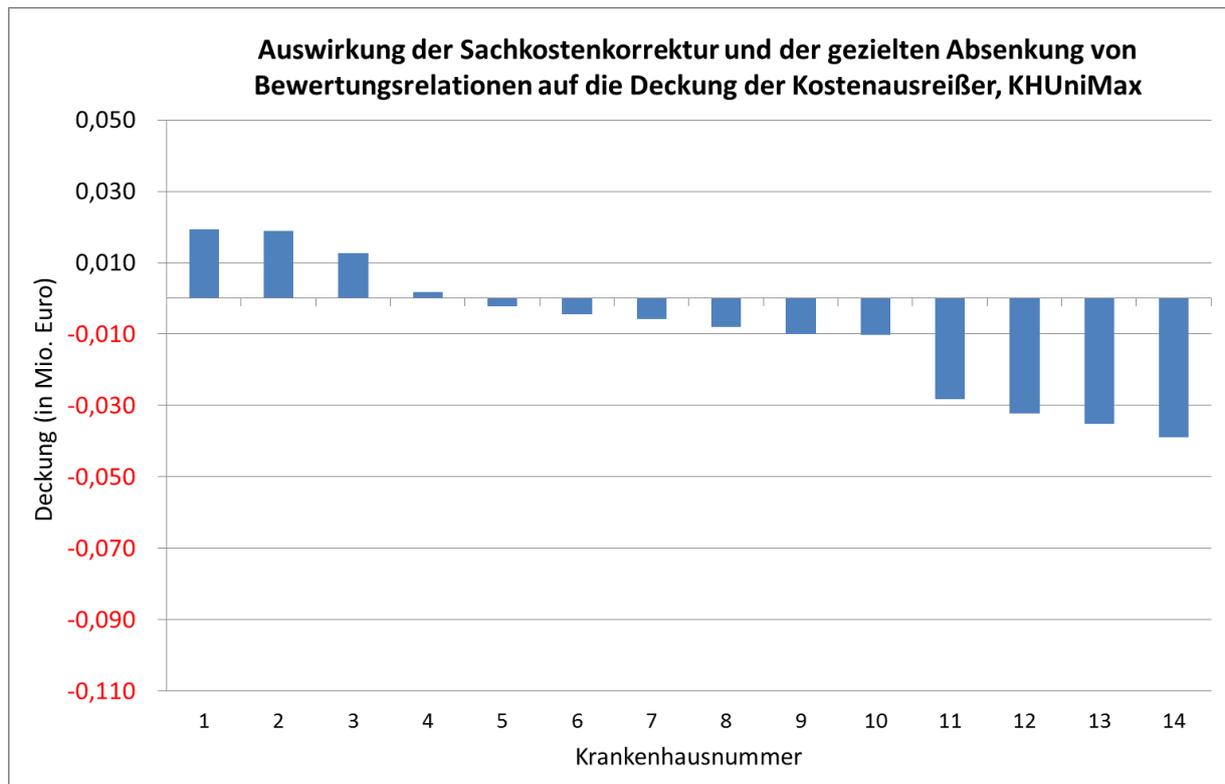


Abbildung 39: Auswirkung der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung (Mio. €) der Kostenausreißer der Krankenhausgruppe KHUniMax, Datenjahr 2016

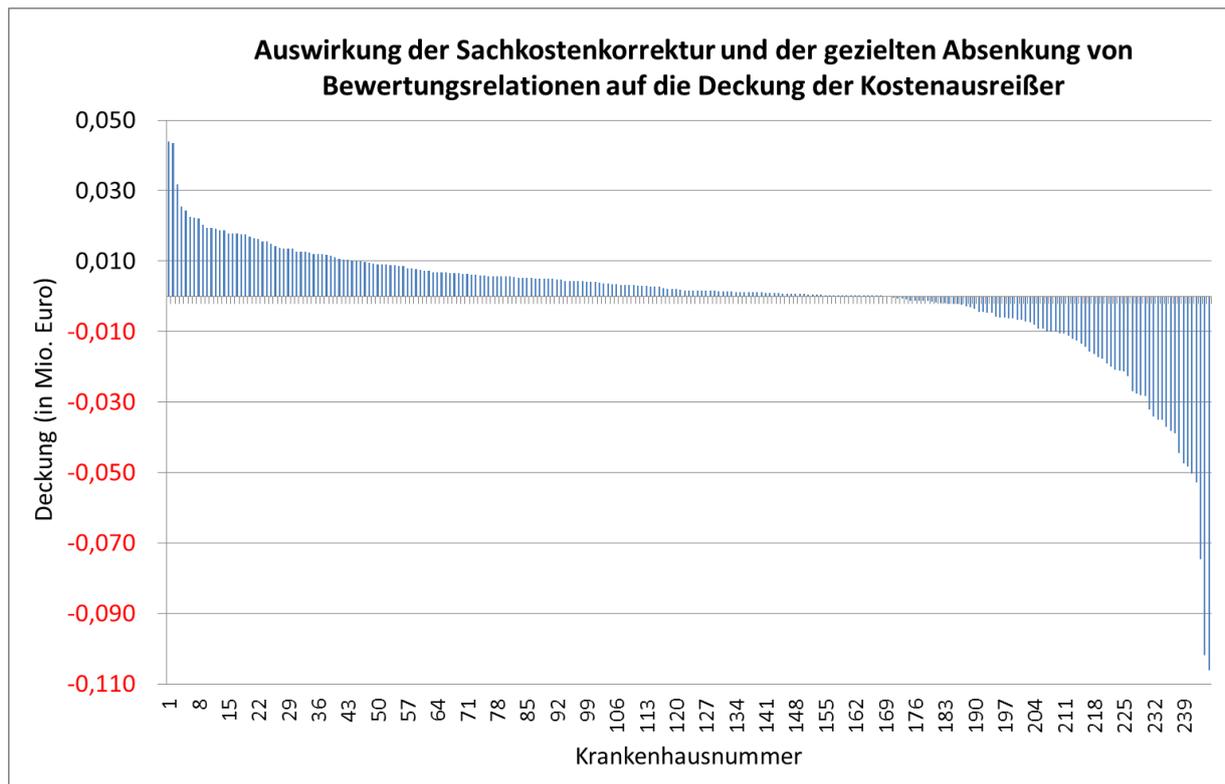


Abbildung 40: Gesamte Auswirkung der Sachkostenkorrektur und der gezielten Absenkung von Bewertungsrelationen auf die Deckung (Mio. €) der Kostenausreißer in den analysierten Krankenhäusern, Datenjahr 2016

3.4.8 Korrelationsuntersuchungen zur Deckung der Kostenausreißer

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

3.4.8.1 Exkurs: Korrelation als Zusammenhangsmaß

Eine Korrelation beschreibt eine Beziehung bzw. einen Zusammenhang zwischen zwei oder mehreren statistischen Variablen wie z.B. bestimmten Merkmalen, Ereignissen, Zuständen oder Funktionen. Einer Korrelation muss dabei nicht notwendigerweise ein kausaler Zusammenhang zwischen den Variablen zugrunde liegen. Vielmehr werden verschiedene Korrelationsbegriffe unterschieden (siehe Tabelle 42):

Formale Korrelation	Die Variablen sind definitorisch miteinander verknüpft, z.B. die mittleren Kosten der Inlier einer DRG und das Relativgewicht der Hauptabteilung derselben DRG
Inhomogenitätskorrelation	Die Korrelation entsteht erst durch die Zusammenfassung von mehreren nicht zusammengehörigen Gruppen; Beispiel siehe Kapitel 3.4.8.3
Gemeinsamkeitskorrelation	Die Variablen werden durch eine oder mehrere weitere Variablen gemeinsam maßgeblich beeinflusst
Kausale Korrelation	Zwischen den Variablen besteht ein ursächlicher Zusammenhang

Tabelle 42: Verschiedene Korrelationsbegriffe¹²

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

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

In der Statistik wird der Zusammenhang zwischen zwei (oder mehreren) Variablen mit verschiedenen Zusammenhangsmaßen gemessen (z.B. mit dem Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson, dem Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizient, ...). Tabelle 43 zeigt Vor- und Nachteile verschiedener Korrelationskoeffizienten. Darüber hinaus ist die grafische Darstellung der Daten, z.B. in einem Streudiagramm oder Balkendiagramm, bei der Untersuchung von Korrelationen sehr wichtig, u.a. um Schwächen der berechneten Korrelationskoeffizienten zu begegnen. Bei Korrelationsanalysen ist es sinnvoll, die Interpretation grafischer Darstellungen und die Berechnung von Korrelationskoeffizienten zu kombinieren.

Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson

Der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson (siehe Abbildung 41) ist ein Maß für den Grad des linearen Zusammenhangs zwischen zwei mindestens intervallskalierten Variablen. Die Grundannahme besteht also darin, dass die beiden Variablen (positiv oder negativ) affin linear zusammenhängen.

Formel des empirischen Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson:

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

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

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

Abbildung 41: Formel des empirischen Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson

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

Der Koeffizient ist dimensionslos und kann Werte zwischen -1 und +1 annehmen. Bei einem Wert von +1 (bzw. -1) besteht ein vollständig positiver (bzw. negativer) affin linearer Zusammenhang zwischen den betrachteten Variablen. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert 0 hat, hängen die beiden Merkmale nicht affin linear voneinander ab. Sie können dann allerdings in nicht linearer Weise voneinander abhängen (siehe Abbildung 42). Sind die (Zufalls-) Variablen stochastisch unabhängig, nimmt der Korrelationskoeffizient den Wert 0 an; die umgekehrte Schlussfolgerung gilt hingegen nicht. Der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson ist aufgrund der Einbeziehung der Mittelwerte der Messreihen sehr anfällig gegenüber Ausreißern. Trotz seiner großen Schwächen ist der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson eine häufig verwendete Maßzahl.

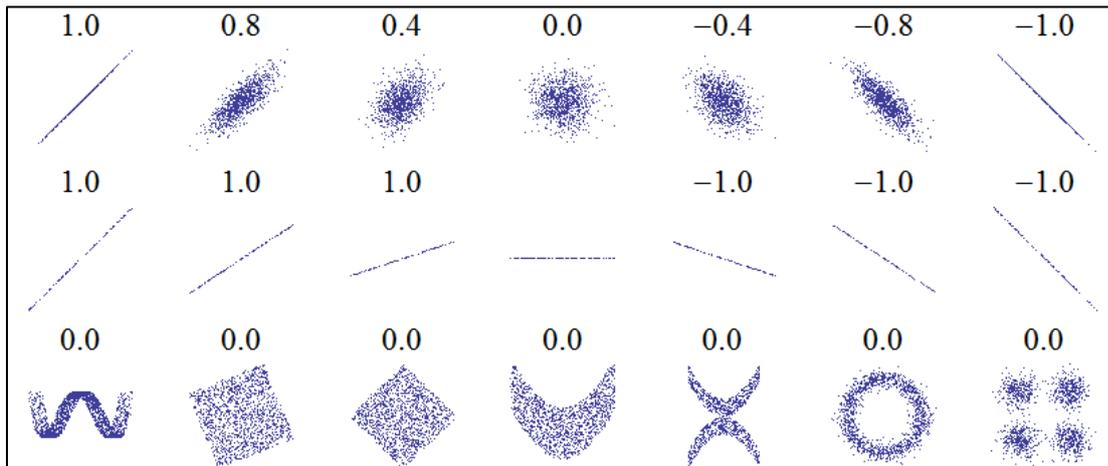


Abbildung 42: Beispielhafte Werte des empirischen Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson¹³

Quadrantenkorrelationskoeffizient

Der Quadrantenkorrelationskoeffizient ist ein robustes Zusammenhangsmaß, das (positive oder negative) monotone Zusammenhänge zwischen Merkmalsausprägungen zweier Variablen X und Y in sehr grober Weise bewertet. Dazu wird die zweidimensionale X - Y -Ebene mit Hilfe der Mediane \tilde{x} und \tilde{y} der beiden Messreihen x_1, x_2, \dots, x_n und y_1, y_2, \dots, y_n in vier Quadranten unterteilt. Der Korrelationskoeffizient berechnet sich aus der Anzahl der Ausprägungen in den Quadranten (siehe Abbildung 43).

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

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

¹³ Quelle: https://en.wikipedia.org/wiki/Pearson_product-moment_correlation_coefficient#/media/File:Correlation_examples2.svg (Zugriff: 20.01.2016).

Formel des Quadrantenkorrelationskoeffizienten:

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

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

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

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

Abbildung 43: Formel des Quadrantenkorrelationskoeffizienten

Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient (Spearman's Rho)

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

Formel des Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten:

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

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

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

Abbildung 44: Formel des Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten

Im ersten Schritt wird beim Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten den Werten der Messreihen ihr Rang zugewiesen. Falls manche Ausprägungen identische Messwerte haben, wird ihnen der Mittelwert der Ränge zugewiesen, die sie erhalten hätten, wenn sie leicht unterschiedlich gewesen wären. Damit ist die Summe aller zugewiesenen Ränge gleich der Summe aller Zahlen von 1 bis n , nämlich $n(n+1)/2$. Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient berechnet sich als der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson für die Reihen der Messwertränge (siehe Abbildung 44). Er ist damit dimensionslos und nimmt Werte zwischen -1 und $+1$ an. Da nicht mehr die Ausprägungen an sich, sondern nur deren Ränge in die Berechnung des Korrelationskoeffizienten eingehen, ist der Koeffizient robust gegenüber Ausreißern. Der Spearman'sche Rangkorrelationskoeffizient nimmt nicht nur bei linearem

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

Kendall'scher Rangkorrelationskoeffizient (Kendalls Tau)

Im Gegensatz zum Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten verwendet der Kendall'sche Rangkorrelationskoeffizient nicht die Differenz der Ränge, sondern nur den Unterschied in den Rängen der Ausprägungen der beiden Variablen (siehe Abbildung 45). In der Regel weist der Kendall'sche Korrelationskoeffizient deshalb etwas kleinere Werte auf als der Spearman'sche Korrelationskoeffizient. Der Kendall'sche Korrelationskoeffizient ist hilfreich bei sehr kleinen Stichprobengrößen. Er ist dimensionslos und nimmt Werte zwischen -1 und +1 an, wobei der Wert +1 (bzw. -1) einen monoton wachsenden (bzw. monoton fallenden) Zusammenhang der beiden Variablen anzeigt.

Formel des Kendall'schen Rangkorrelationskoeffizienten:

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

Der Kendall'sche Rangkorrelationskoeffizient wird dann berechnet durch die Formel:

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

Dabei sind

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

Abbildung 45: Formel des Kendall'schen Rangkorrelationskoeffizienten

Die Anzahl der Bindungen in X und Y , $T_{XY} := \sum_{i=1}^{n-1} |\{(x_j, y_j) : j > i, x_j = x_i, y_j = y_i\}|$, geht – wie in Abbildung 45 zu sehen ist – nicht in die Berechnung des Kendall'schen Rangkorrelationskoeffizienten ein.

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

Distanzkorrelationskoeffizient

Der Distanzkorrelationskoeffizient¹⁴ ist ein Zusammenhangsmaß zweier Variablen beliebiger, nicht notwendigerweise gleicher Dimension. In die Berechnung des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten gehen die Abstände aller Messreihenwerte untereinander und ihre Mittelwerte ein (siehe Abbildung 46). Dies macht die Berechnung des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten für sehr große Messreihen sehr aufwendig.

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

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

ser Zusammenhang zwischen den Variablen existiert (siehe Abbildung 47). Im Gegensatz zu den übrigen Korrelationskoeffizienten, insbesondere zum Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson, liefert er Hinweise auch für nicht lineare bzw. nicht monotone Zusammenhänge (vgl. Abbildung 42 und Abbildung 47).

Formel des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten:

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

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

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

Abbildung 46: Formel des empirischen Distanzkorrelationskoeffizienten

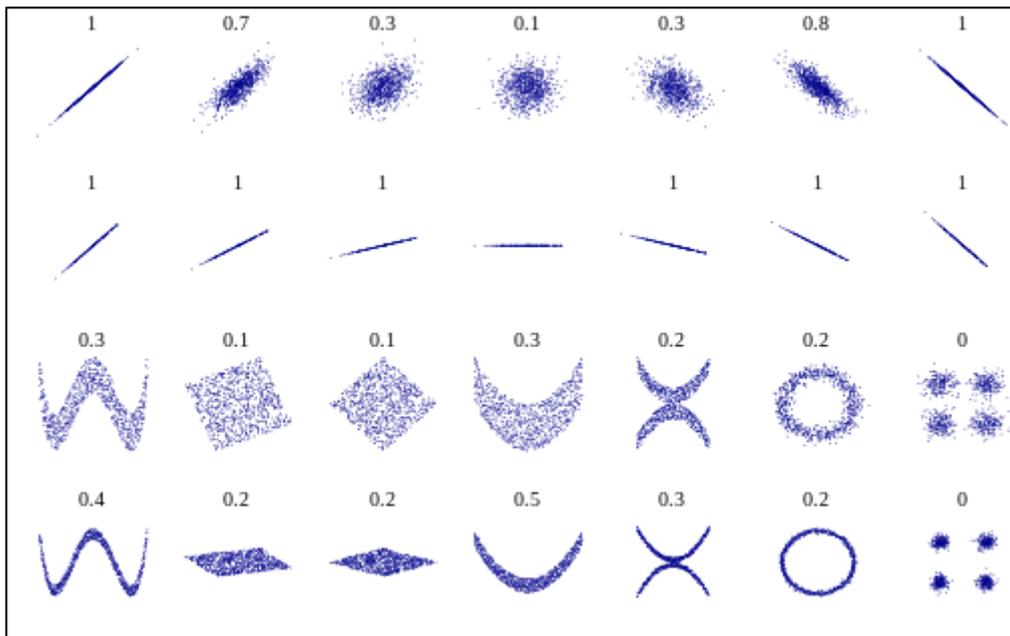


Abbildung 47: Beispielhafte Werte des Distanzkorrelationskoeffizienten¹⁵

Tabelle 43 fasst die vorgestellten Korrelationskoeffizienten sowie deren Vor- und Nachteile noch einmal zusammen.

¹⁵ Quelle: https://en.wikipedia.org/wiki/Distance_correlation#/media/File:Distance_Correlation_Examples.svg (Zugriff: 20.01.2016).

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

Tabelle 43: Übersicht über die verschiedenen Korrelationskoeffizienten

3.4.8.2 Methodisches Vorgehen der Korrelationsuntersuchungen für die Deckung der Kostenausreißer

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

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

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

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

Für jede Variable und für jede Kombination aus Krankenhausgruppe und Leistungsgruppe wurden die fünf in Kapitel 3.4.8.1 vorgestellten Korrelationskoeffizienten (Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson, Quadrantenkorrelationskoeffizient, Spearman'scher Rangkorrelationskoeffizient, Kendall'scher Rangkorrelationskoeffizient und Distanzkorrelationskoeffizient) berechnet. Zusätzlich wurde eine große Anzahl von Streudiagrammen ausgewertet. Wie in Kapitel 3.4.8.1 ausgeführt, werden somit nicht nur lineare Zusammenhänge, sondern auf verschiedene Weisen monotone und sogar noch allgemeinere Zusammenhänge für mögliche Korrelationen erwogen und überprüft.

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

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

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

Die Grafiken und Diagramme (Abb. 48 bis 78) in den Kapiteln 3.4.8.3 bis 3.4.8.5 zeigen die bezüglich der Krankenhäuser aggregierten Fälle auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2016. Die Balkendiagramme auf der rechten Seite zeigen sowohl die ungewichtet (ung.) als auch die fallzahlgewichtet (fzg.) berechneten Korrelationskoeffizienten. Ferner zeigen die Streudiagrammdarstellungen auf der linken Seite als grobe Orientierungshilfe die linearen Regressionsgeraden bezüglich der Krankenhausgruppen KHAndere, KHUniMax und KHAlle, was jedoch ausdrücklich nicht bedeutet, dass nur lineare Zusammenhänge untersucht wurden. Aufgrund des Beschlusses der Selbstverwaltungspartner, keine Daten zu veröffentlichen, die Rückschlüsse auf die finanzielle Situation einzelner Krankenhäuser ermöglichen, wurde bei einigen Diagrammen auf eine Skalierung der Abszissenachse verzichtet.

3.4.8.3 Aufdeckung von Inhomogenitätskorrelationen

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

Berechnet man die Korrelationskoeffizienten für die Messreihen der mittleren Deckung der Kostenausreißer und der Anzahl der Kostenausreißer (Abbildung 48 zeigt dies für die Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL, DRGRegelVUD, Abbildung 49 für die Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD), so deuten beispielsweise die negativen Werte bei den fallzahlgewichteten Korrelationskoeffizienten in der Krankenhausgruppe KHAlle schwach auf einen negativen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen hin. Insbesondere der Korrelationskoeffizient nach Bravais-Pearson in Höhe von ca. -0,25 könnte zu einer vermeintlichen Schlussfolgerung wie „Je höher die Anzahl der Kostenausreißer (bei den allgemeinen Versorgungsleistungen), desto höher die Unterdeckung der Kostenausreißer“ verführen.

Werden die beiden Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax gesondert betrachtet (siehe hierzu die Balkendiagramme der Korrelationskoeffizienten auf der rechten Seite in Abbildung 48), so wird ersichtlich, dass offensichtlich Inhomogenitätskorrelationen vorliegen, d.h. Korrelationen, die erst durch die Zusammenfassung von mehreren nicht zusammengehörigen Gruppen entstehen. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax lässt sich überhaupt kein oder nur ein sehr schwacher (linearer) Zusammenhang zwischen den beiden Variablen finden (die rot gestrichelten Linien in Abbildung 48 verlaufen nahezu waagrecht bzw. fallen leicht; die Korrelationskoeffizienten sind nahe 0 und haben zum Teil sogar unterschiedliche Vorzeichen). Für die Krankenhausgruppe KHAndere steigen die linearen Regressionsgeraden in Abbildung 48 sogar an, was bedeutet, dass mit steigender Ausreißeranzahl die mittlere Deckung der Kostenausreißer steigt. Erst durch die Zusammenfassung beider Krankenhausgruppen entsteht hier vermeintlich ein negativer Zusammenhang. Die Schlussfolgerung „Je höher die Anzahl der Kostenausreißer, desto höher die Unterdeckung der Kostenausreißer“ ist also nicht haltbar.

Bei den Leistungsgruppen der speziellen Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD wurden ebenfalls Inhomogenitätskorrelationen zwischen der Ausreißeranzahl und der Deckung der Kostenausreißer gefunden (siehe Abbildung 49): Die berechneten Korrelationskoeffizienten weisen für die beiden Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax unterschiedliche Vorzeichen auf. Somit lassen sich auch für diese Leistungsgruppen schwache Inhomogenitätskorrelationen erkennen.

Die sehr große Überdeckung der Kostenausreißer für zwei Krankenhäuser sowie die sehr große Unterdeckung für zwei Krankenhäuser in der Leistungsgruppe DRGSVL resultiert aus wenigen Fällen, weshalb sie in die fallzahlgewichtete Betrachtung nur geringfügig eingehen. Um die Sicht auf die Leistungsgruppe DRGSVL nicht durch dieses statistische Artefakt zu verzerren, wird für die Punktwolke dieser Leistungsgruppe jeweils auch ein vergrößerter Ausschnitt dargestellt.

Sehr ähnliche Ergebnisse für Inhomogenitätskorrelationen lassen sich für all jene Variablen finden, die sehr stark mit den jeweiligen Krankenhausgruppen verbunden sind, z.B. Bettenzahl (siehe Abbildung 50 und Abbildung 51), Fallanzahl (siehe Abbildung 52 und Abbildung 53), Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten (siehe Abbildung 54 und Abbildung 55), Case-Mix (siehe Abbildung 56 und Abbildung 57), Case-Mix-Index (siehe Abbildung 58 und Abbildung 59) und DRG-Anzahl (siehe Abbildung 60 und Abbildung 61). Bezüglich dieser Merkmale hat die Krankenhausgruppe KHUniMax jeweils eher hohe Ausprägungswerte und die Krankenhausgruppe KHAndere jeweils eher niedrige Merkmalsausprägungen, so dass für diese Variablen bezüglich der Krankenhausgruppe KHAlle ein negativer Zusammenhang mit der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer zu bestehen scheint. Da sich diese Zusammenhänge in den einzelnen Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax jedoch allenfalls sehr schwach, meist aber nicht oder gar gegenläufig beobachten lassen, lie-

gen ebenfalls Inhomogenitätskorrelationen vor. Ein Vergleich der Streudiagramme für Ausreißeranzahl, Bettenzahl, Fallanzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten und Case-Mix zeigt starke Ähnlichkeiten der Punktwolken. Dies deutet darauf hin, dass die Variablen denselben Sachverhalt widerspiegeln. Von den genannten Streudiagrammen unterscheiden sich die Streudiagramme für die Variablen Case-Mix-Index und DRG-Anzahl sichtbar. Doch auch bezüglich dieser Variablen lassen sich in allen betrachteten Leistungsgruppen – wenn überhaupt – Inhomogenitätskorrelationen ausfindig machen. Zwar lässt sich bei der Variable Case-Mix-Index für die Krankenhausgruppe KHAndere bei den allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD ein mäßiger negativer Zusammenhang erkennen. Dieser wird in der Gesamtbetrachtung jedoch erst durch Hinzunahme der Krankenhausgruppe KHUniMax deutlicher, für die allerdings kein oder nur ein sehr schwacher negativer Zusammenhang besteht.

Auch für die in Kapitel 3.4.8.5 ausführlich diskutierte Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus lassen sich Inhomogenitätskorrelationen zeigen.

Zwischenfazit

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

- Ausreißeranzahl des Krankenhauses
- Bettenzahl des Krankenhauses
- Fallanzahl des Krankenhauses
- Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten
- Case-Mix des Krankenhauses
- Case-Mix-Index der Krankenhauses
- DRG-Anzahl des Krankenhauses
- Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus (siehe Kap. 3.4.8.5)

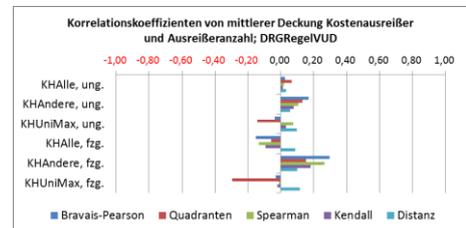
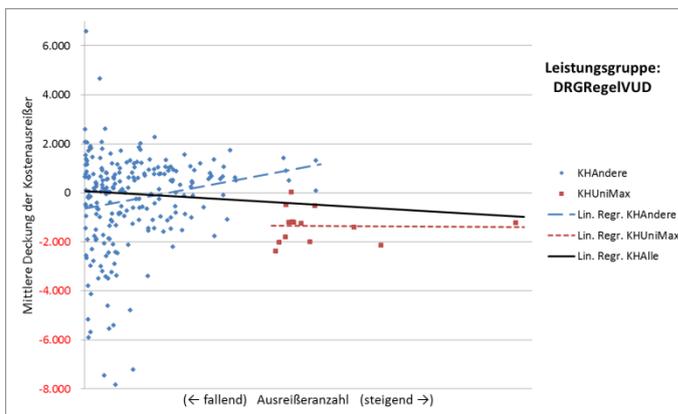
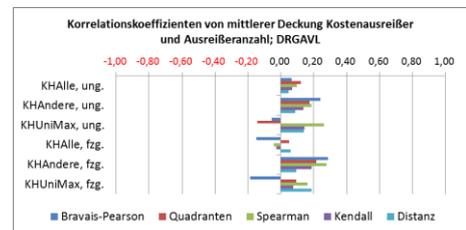
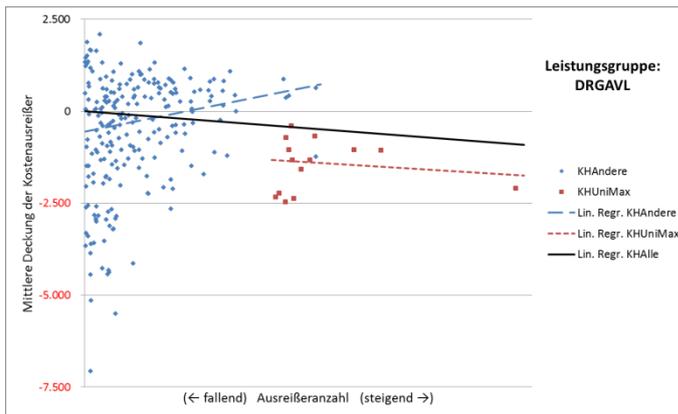
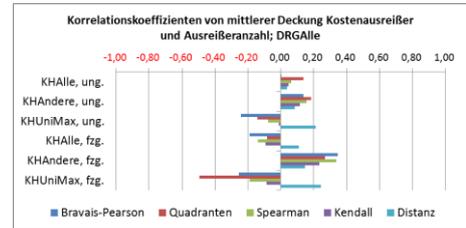
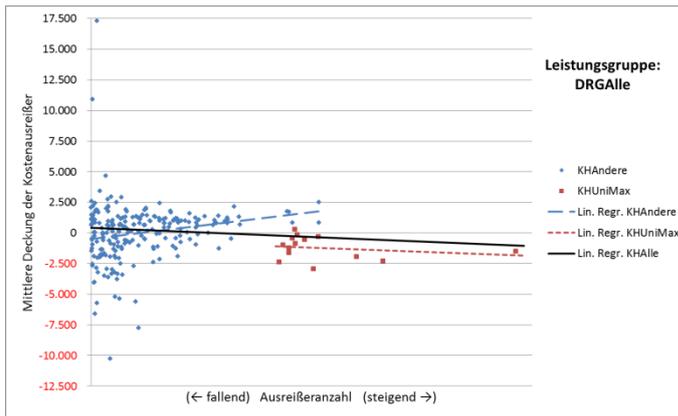


Abbildung 48: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Ausreißeranzahl, Leistungsgruppen DRGAle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

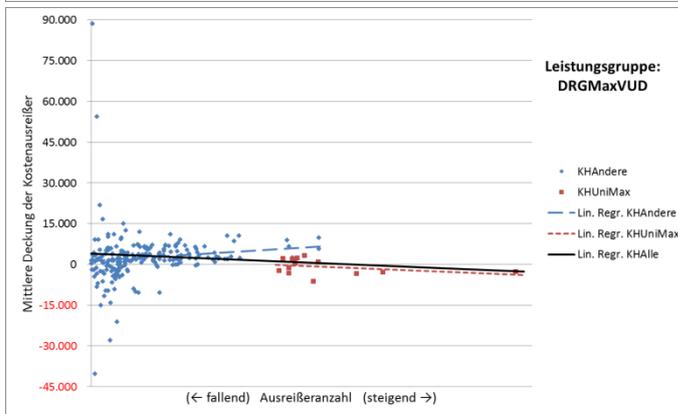
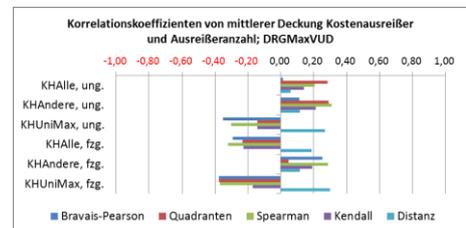
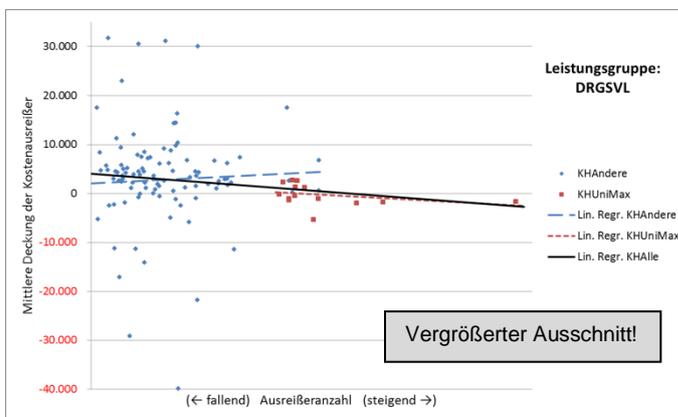
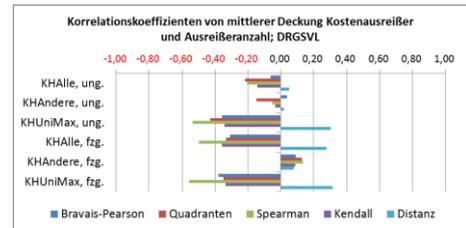
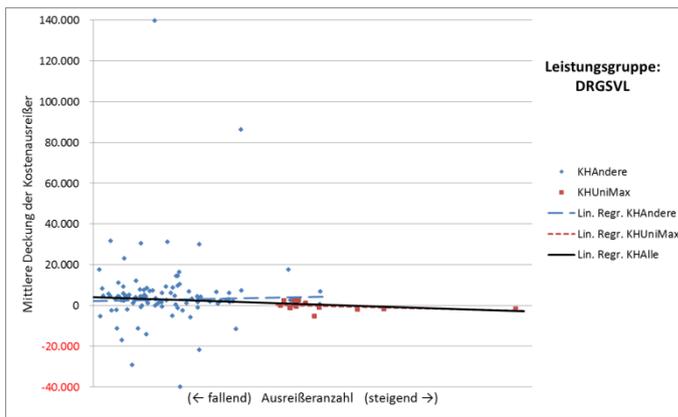


Abbildung 49: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Ausreißeranzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

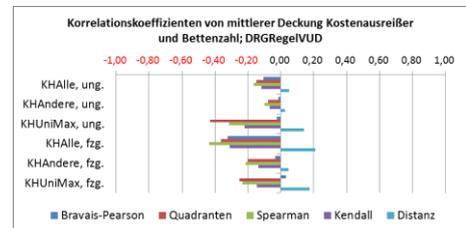
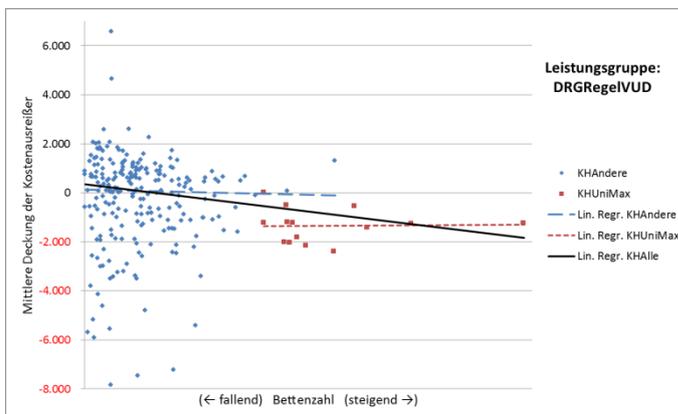
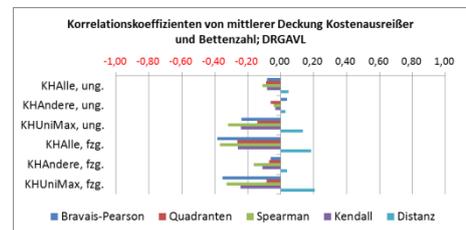
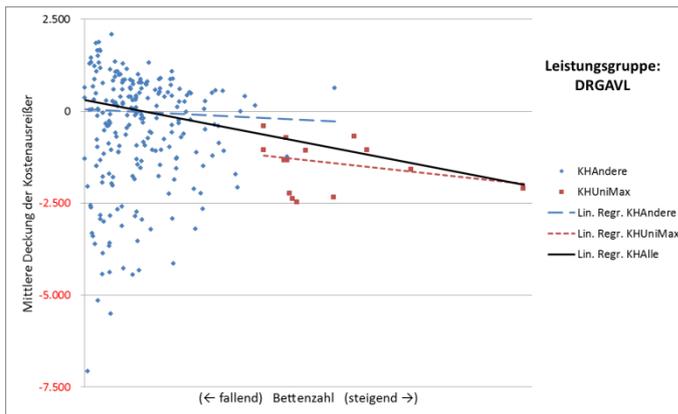
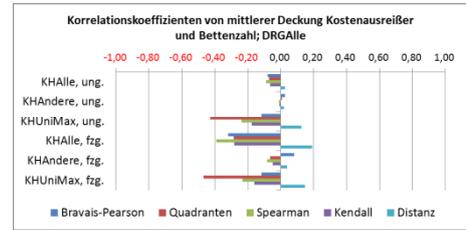
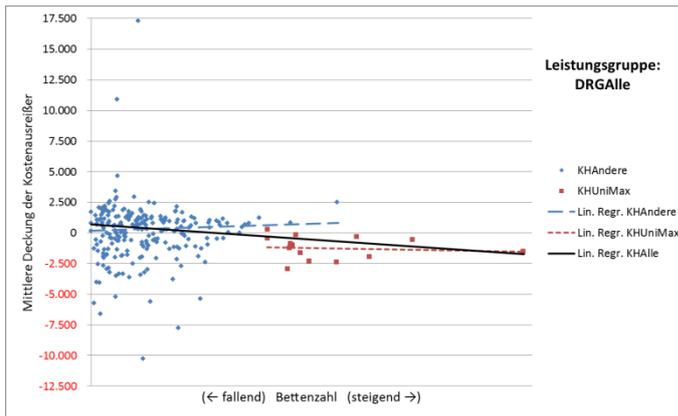


Abbildung 50: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Bettenzahl, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

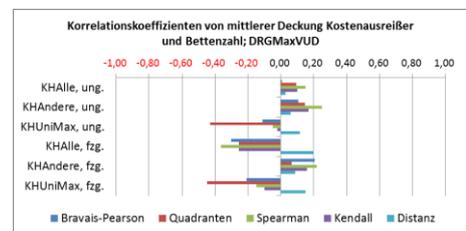
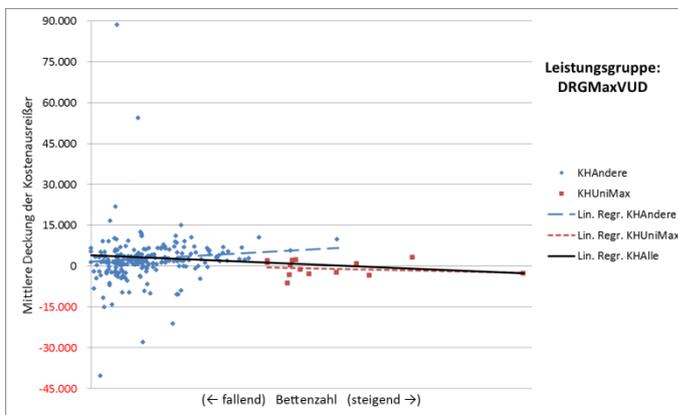
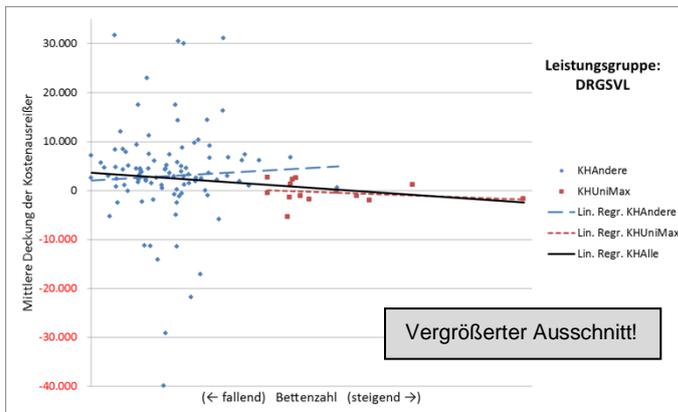
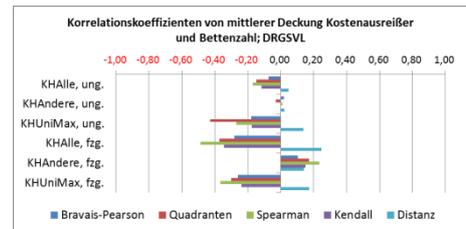
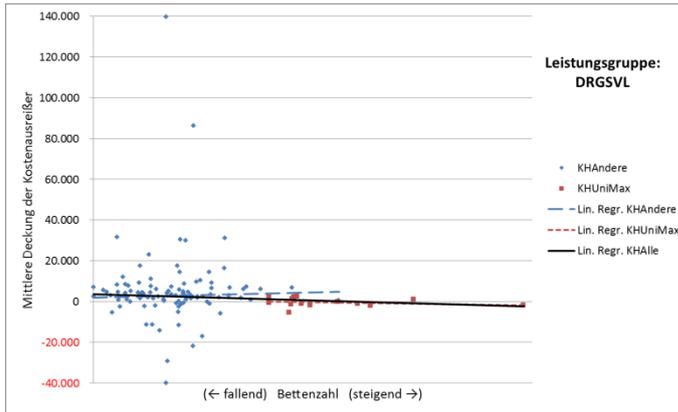


Abbildung 51: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Bettenzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

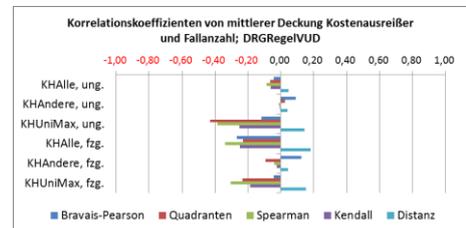
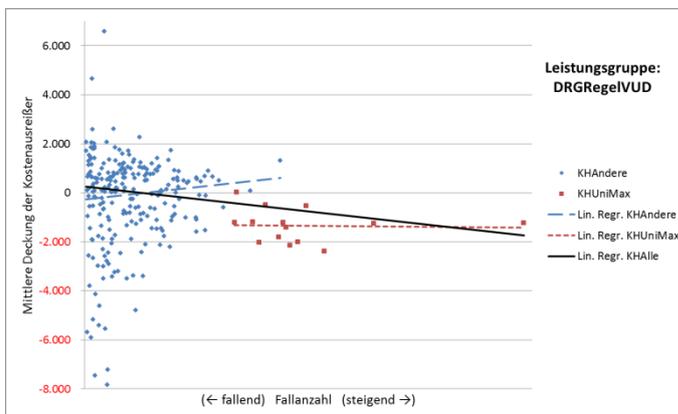
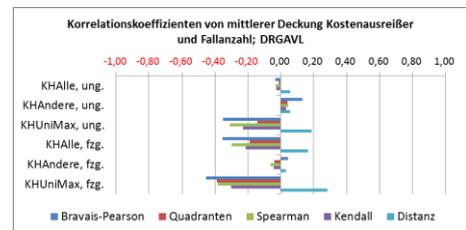
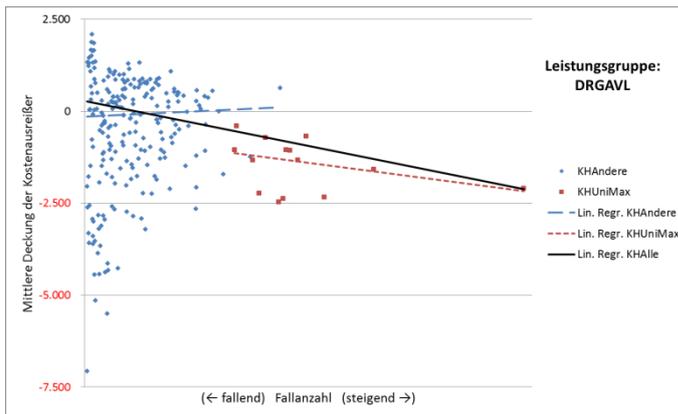
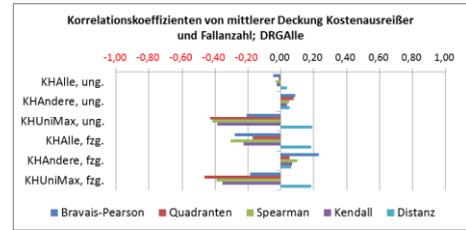
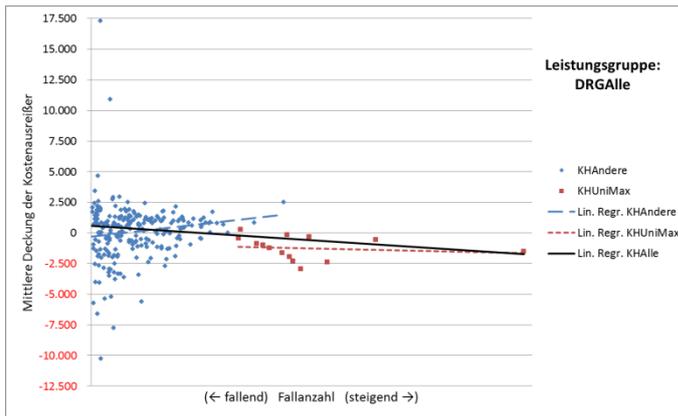


Abbildung 52: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Fallanzahl, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

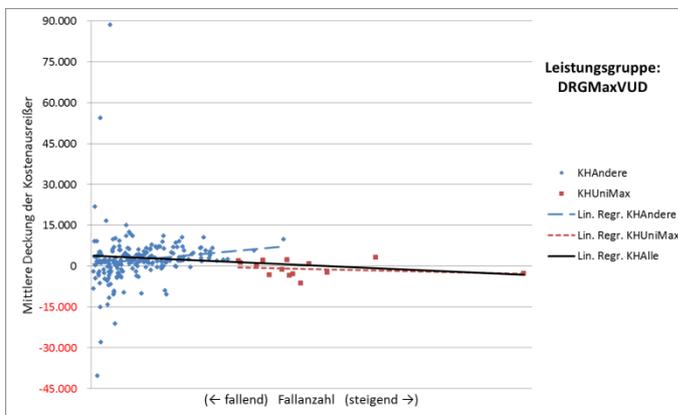
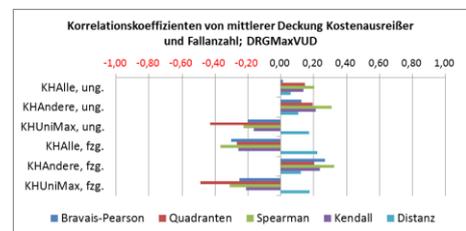
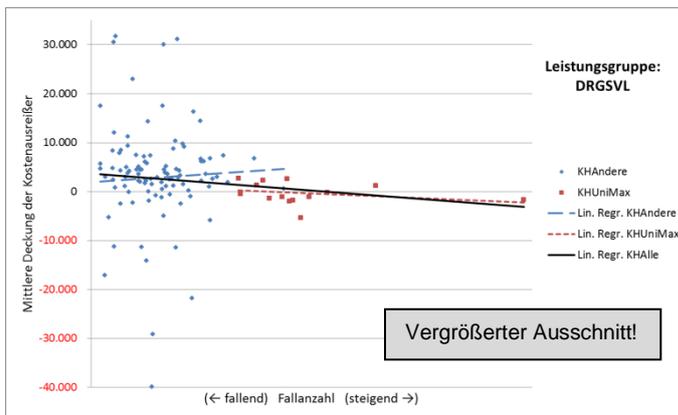
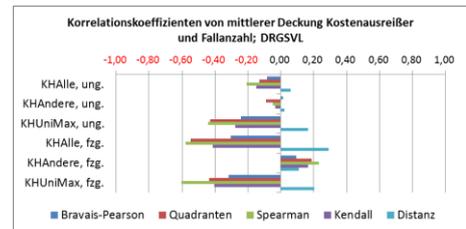
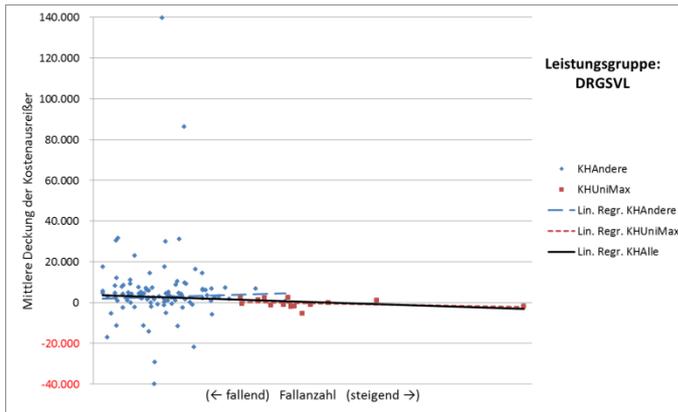


Abbildung 53: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Fallanzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

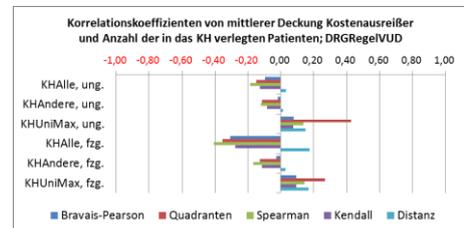
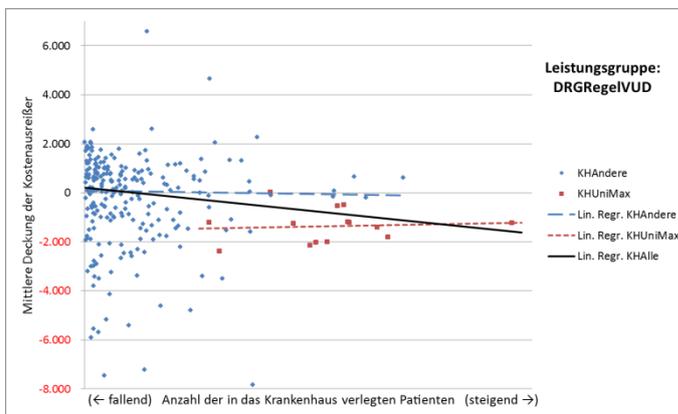
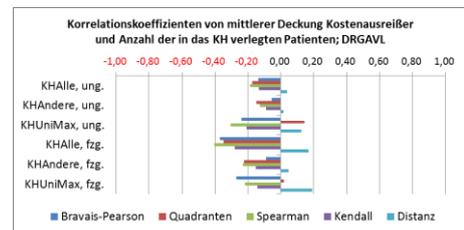
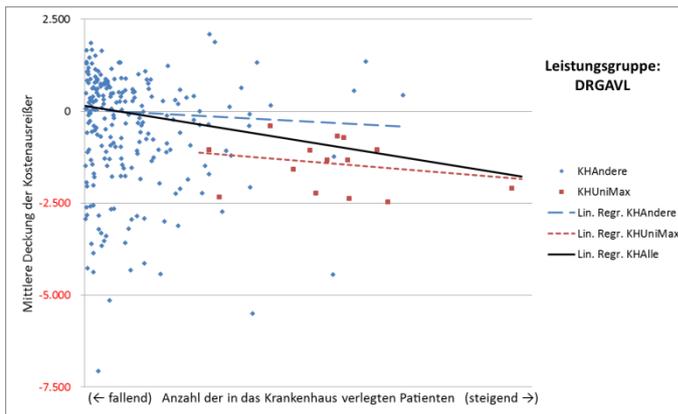
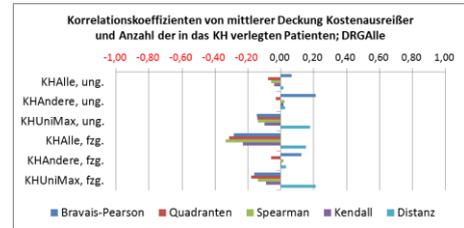
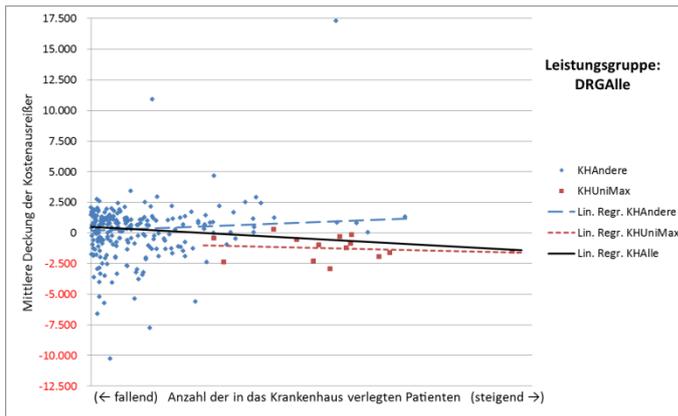


Abbildung 54: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Leistungsgruppen DRGA1e, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

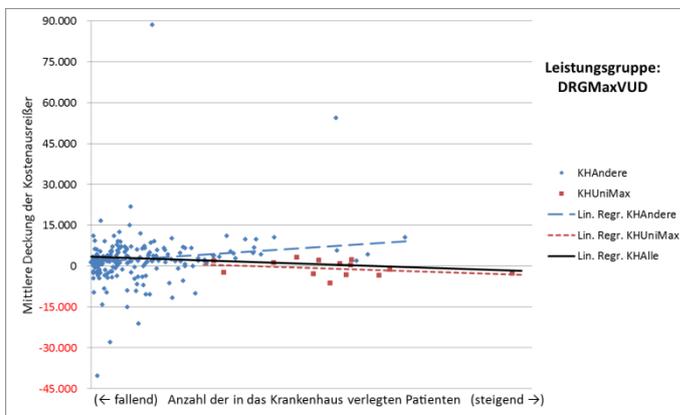
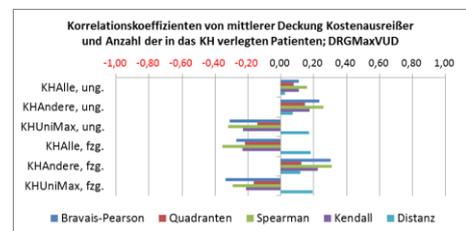
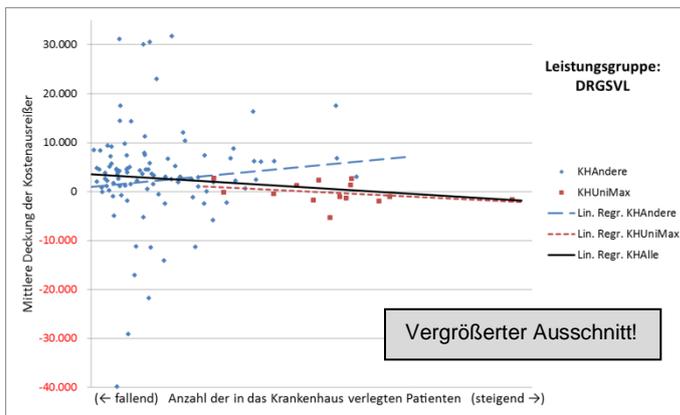
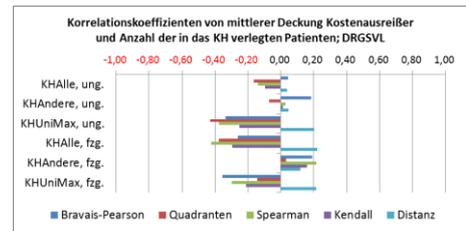
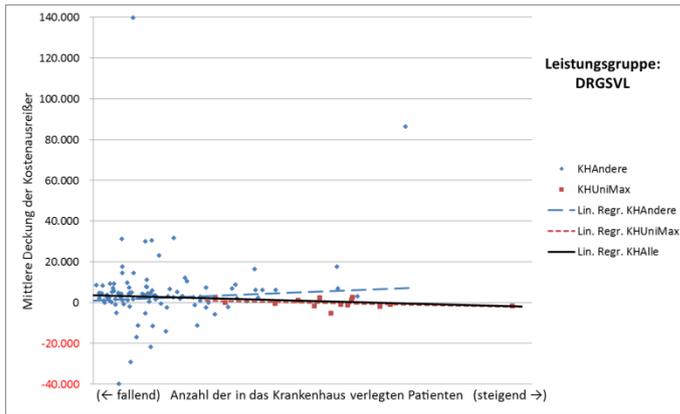


Abbildung 55: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

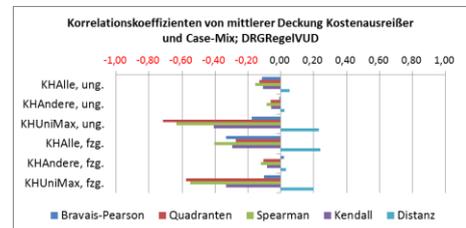
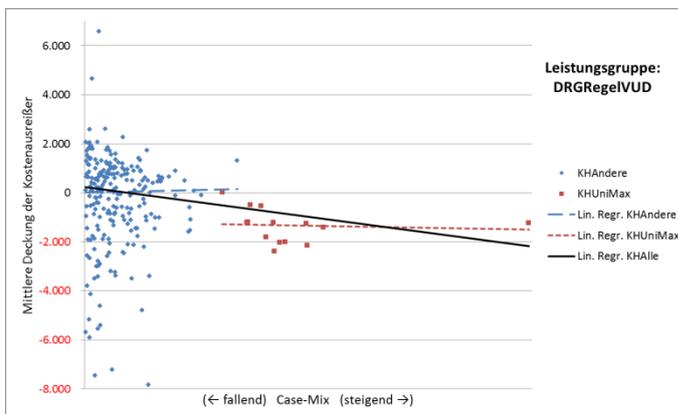
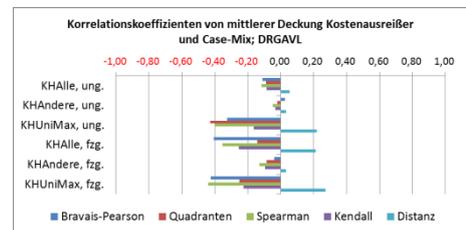
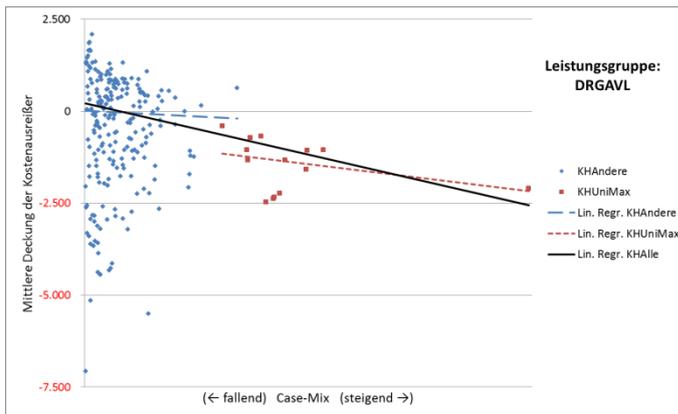
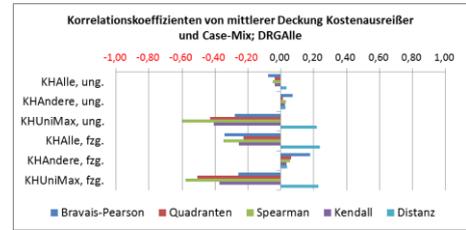
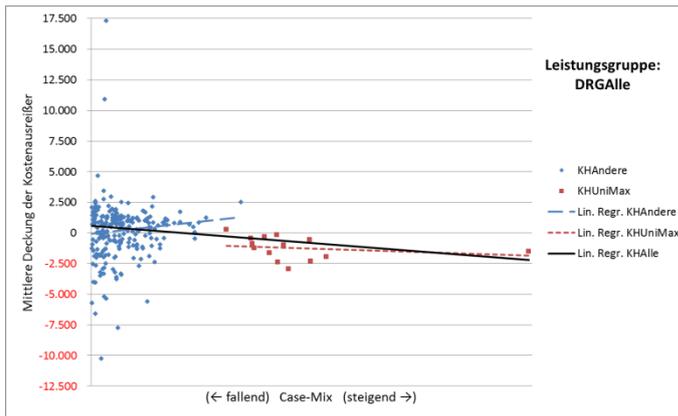


Abbildung 56: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den Case-Mix, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

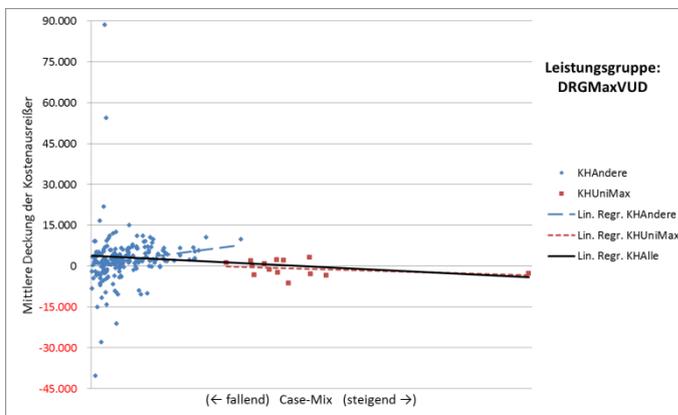
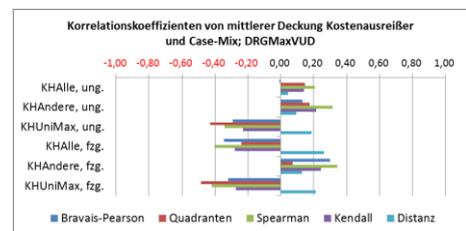
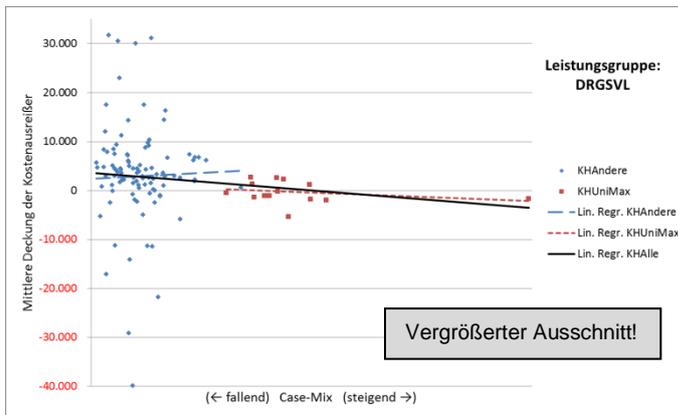
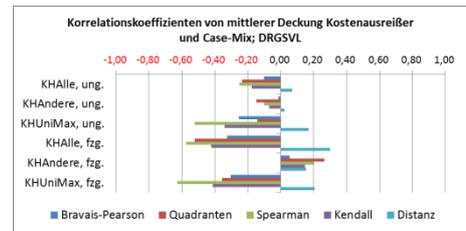
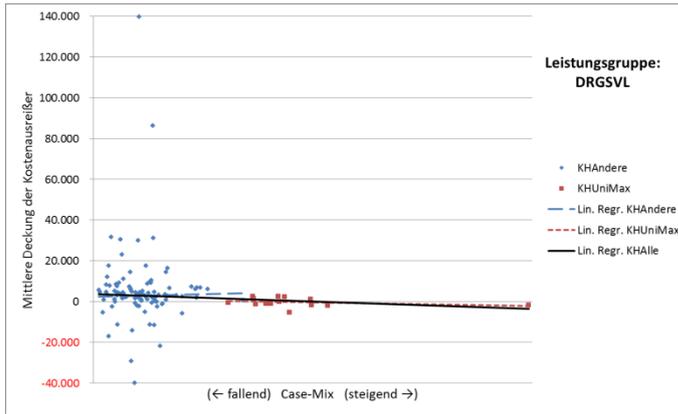


Abbildung 57: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den Case-Mix, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

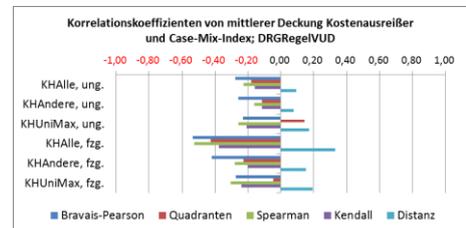
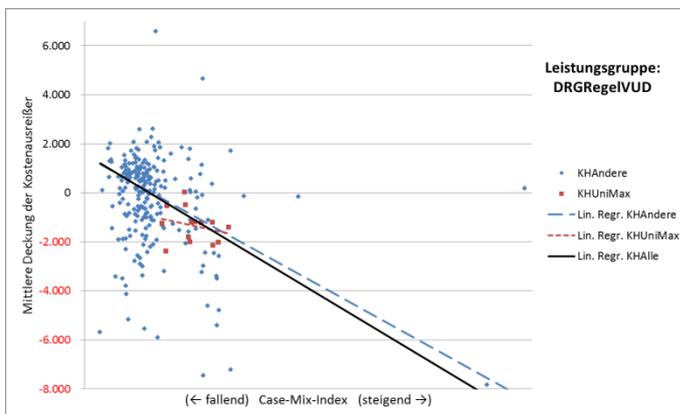
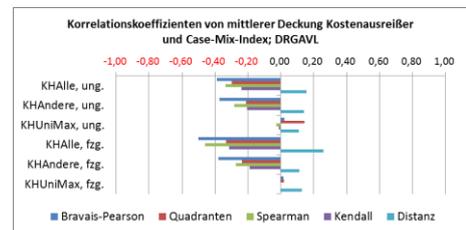
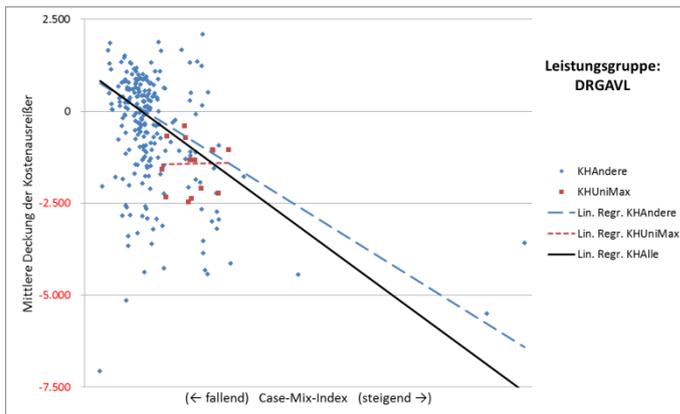
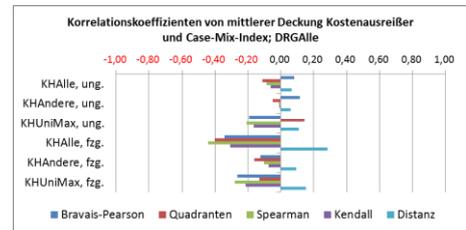
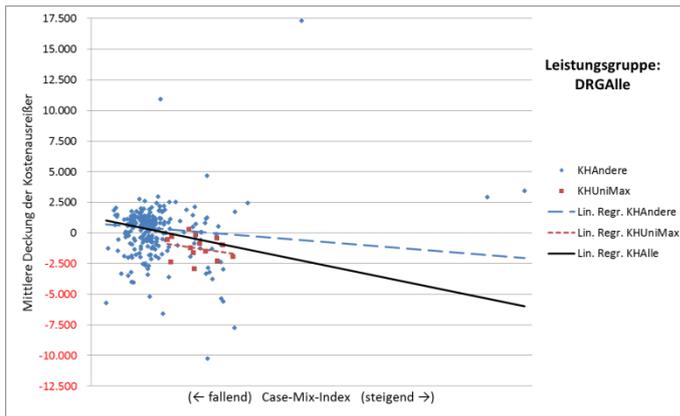


Abbildung 58: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den Case-Mix-Index, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

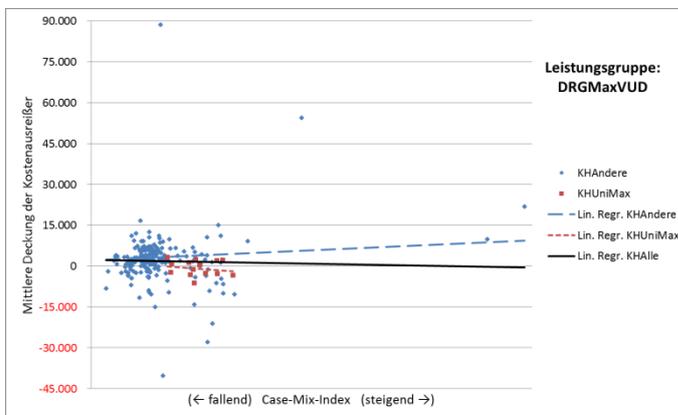
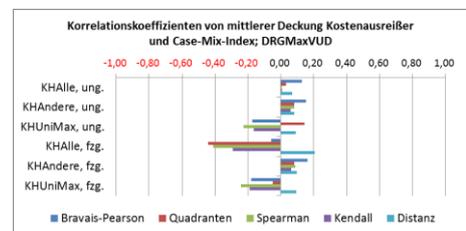
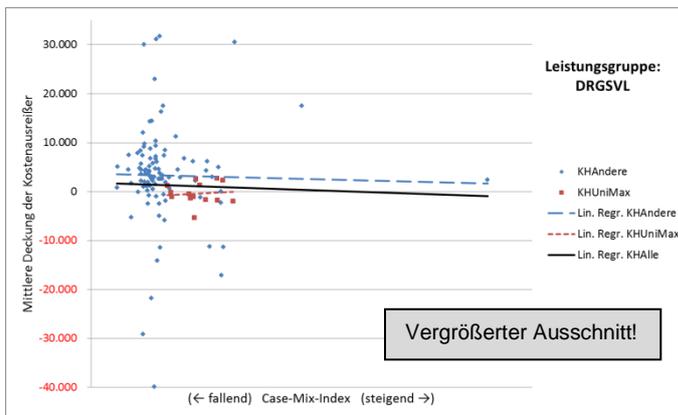
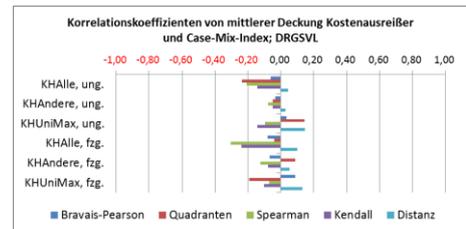
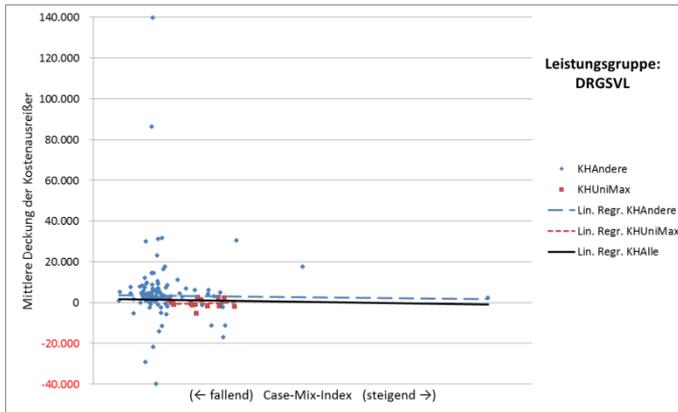


Abbildung 59: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den Case-Mix-Index, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

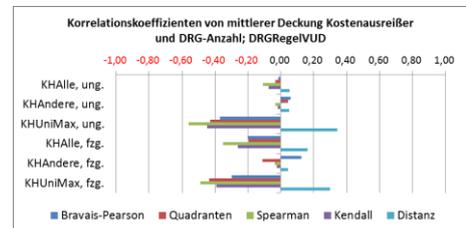
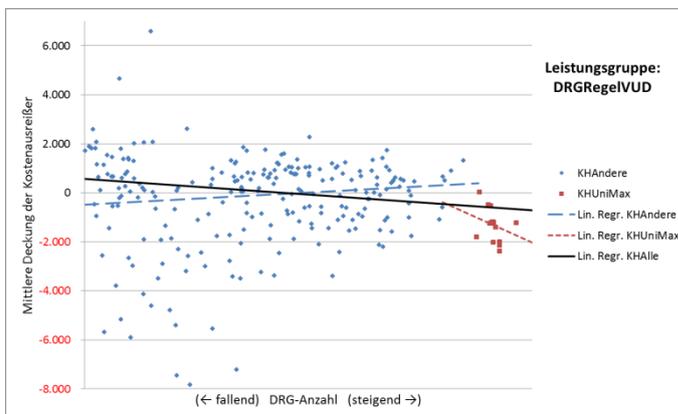
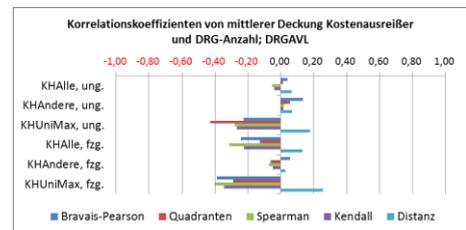
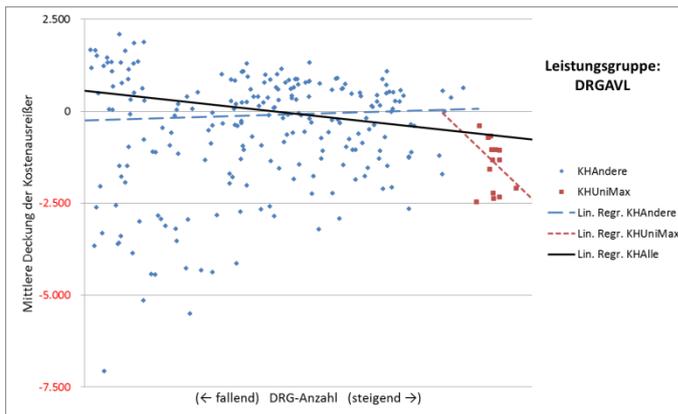
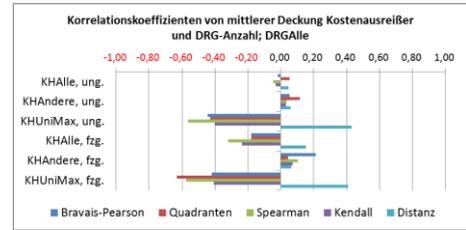
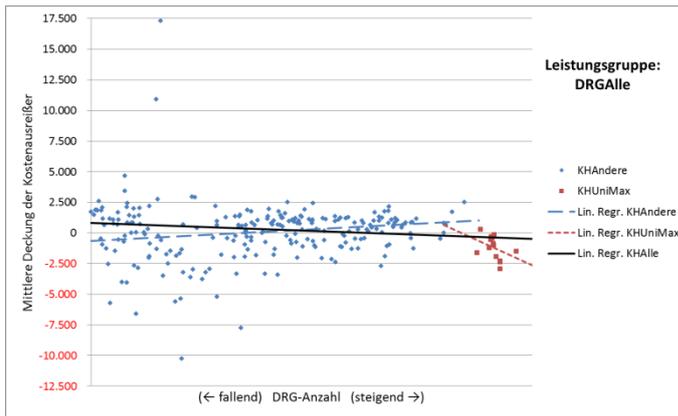


Abbildung 60: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die DRG-Anzahl, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

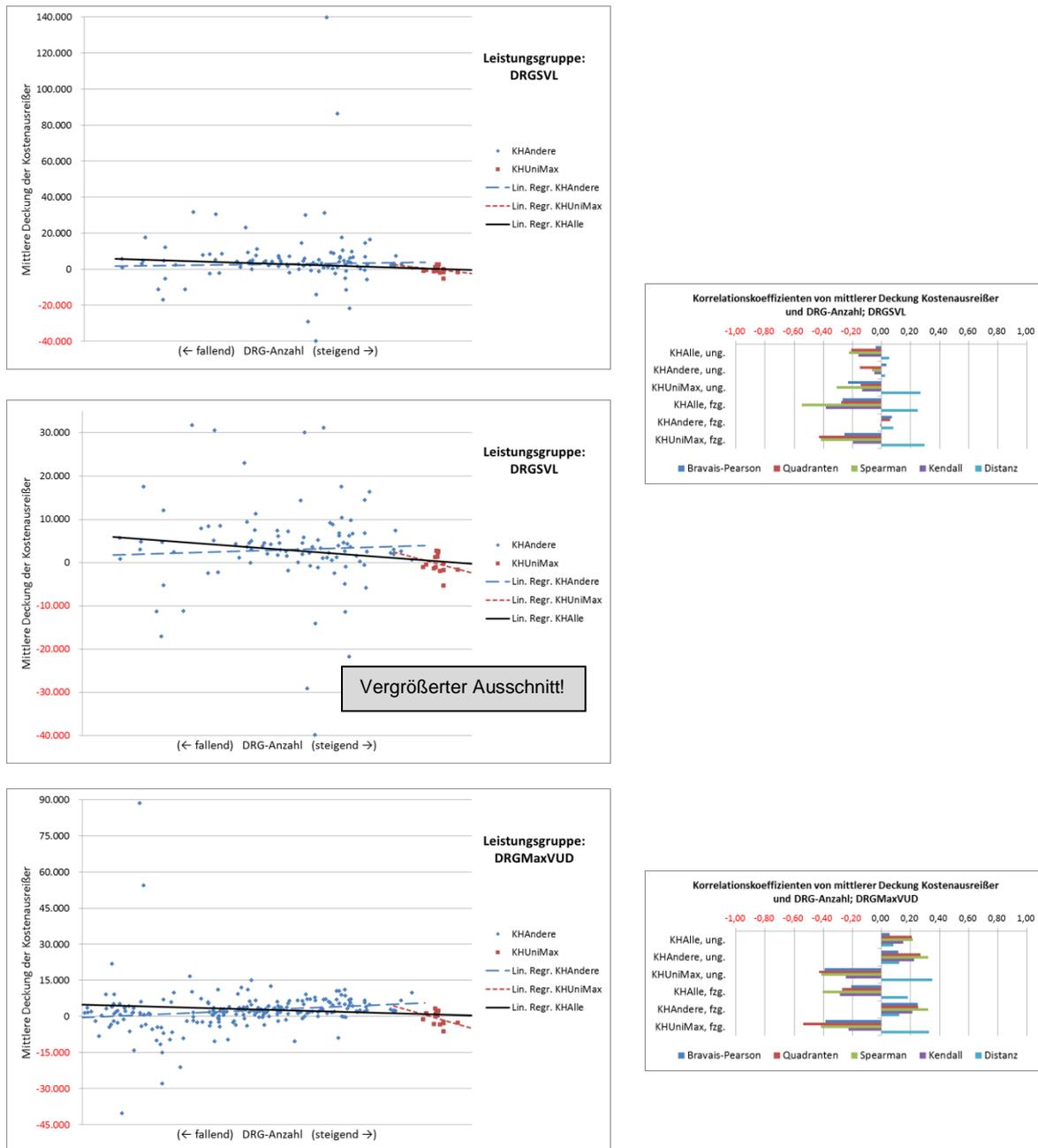


Abbildung 61: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die DRG-Anzahl, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

3.4.8.4 Korrelationen mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer

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

Für die Variablen Anzahl (verschiedener) Diagnosen und Verweildauer wurden dabei zwar gewisse Korrelationen mit der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer festgestellt, sie sind im Vergleich jedoch noch stärker für die Variablen Patientenbezogener Gesamtschweregrad bzw. Relative Verweildauer ausgeprägt. Auf eine gesonderte Darstellung jener Variablen wird im Extremkostenbericht zugunsten der stärker korrelierenden Variablen verzichtet. Kei-

ne Korrelation mit der Deckung der Kostenausreißer wurde für die Variable Alter des Patienten festgestellt, worauf im Folgenden ebenfalls nicht näher eingegangen wird.

Relative Verweildauer

In den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD lässt sich für alle drei Krankenhausgruppen (KHAndere, KHUniMax, KHAlle) ein negativer Zusammenhang zwischen der relativen Verweildauer des Patienten und der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer messen (siehe Abbildung 62, betragsmäßig sind die Korrelationskoeffizienten deutlich größer als 0,6). Die relative Verweildauer berechnet sich dabei als Quotient aus der Verweildauer des Kostenausreißers geteilt durch die mittlere Verweildauer der jeweiligen DRG. Werte für die relative Verweildauer von kleiner als 1 weisen dabei auf eine eher kurze Verweildauer (d.h. kürzer als die mittlere Verweildauer), Werte größer 1 auf eine eher lange Verweildauer (d.h. länger als die mittlere Verweildauer) hin.

Abbildung 63 zeigt exemplarisch für die Leistungsgruppe DRGAVL die Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer in einem vergrößerten Ausschnitt mit einer Verweildauer im Bereich des 0,4- bis 1,8-fachen der mittleren Verweildauer. In diesem Verweildauerbereich liegen typischerweise die Inlier einer DRG. Im Rahmen dieser Analyse können jedoch auch Kurzlieger oder Langlieger in diesen Bereich fallen. Hier ist gut zu erkennen, dass die beobachtete Korrelation in diesem Bereich offenbar stark definitiv geprägt ist. Sie erfüllt damit gemäß Tabelle 42 die Voraussetzungen einer formalen Korrelation. Im Inlierbereich zwischen der unteren Grenzverweildauer (bei ca. einem Drittel der mittleren Verweildauer) und der oberen Grenzverweildauer (bei ca. dem 1,5- bis 2,0-fachen der mittleren Verweildauer) steigen die Kosten mit zunehmender Verweildauer an. Da alle Inlier auf Erlösseite dasselbe Relativgewicht erhalten, ergibt sich bei gleichem Erlös und steigenden Kosten mit zunehmender Verweildauer eine geringere Deckung. Wie Abbildung 62 zeigt, nimmt die Korrelation für eine Verweildauer größer der 2,0-fachen mittleren Verweildauer ab.

Ein entsprechendes Resultat lässt sich für die Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD – auf den ersten Blick etwas überraschend – so nicht beobachten (siehe Abbildung 64: Die Korrelationskoeffizienten sind nahe 0, die Punktwolken in den Streudiagrammen wirken sehr zufällig verteilt, die Regressionsgeraden als grobe Trendlinien verlaufen waagrecht).

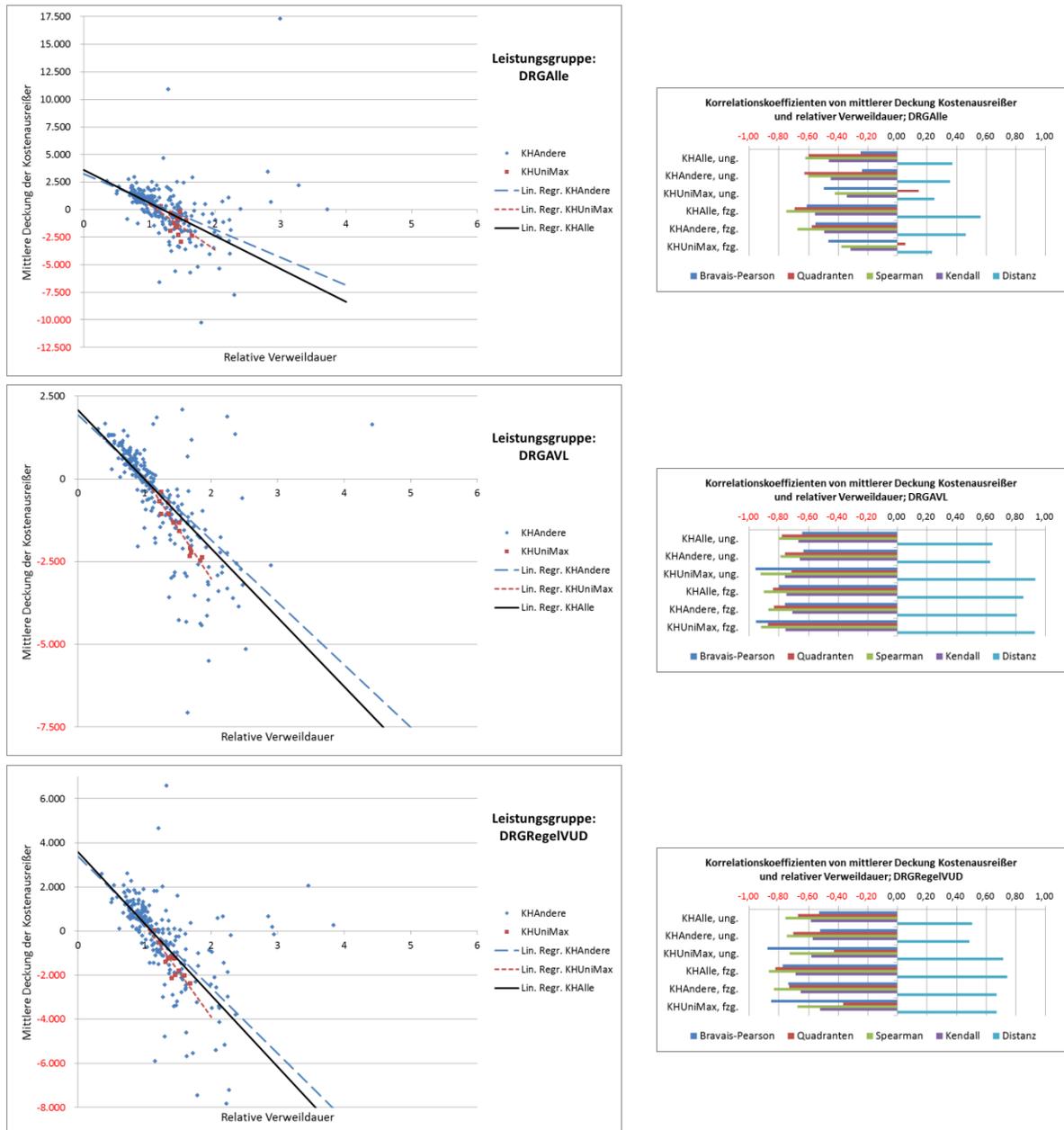


Abbildung 62: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer, Leistungsgruppen DRGAle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

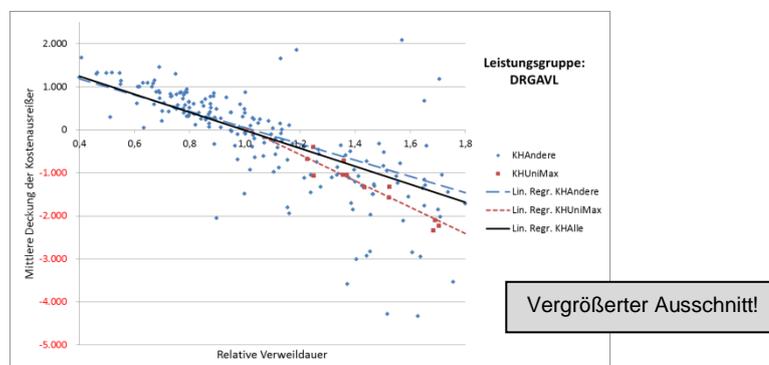


Abbildung 63: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer, Leistungsgruppe DRGAVL, Datenjahr 2016, vergrößerter Ausschnitt

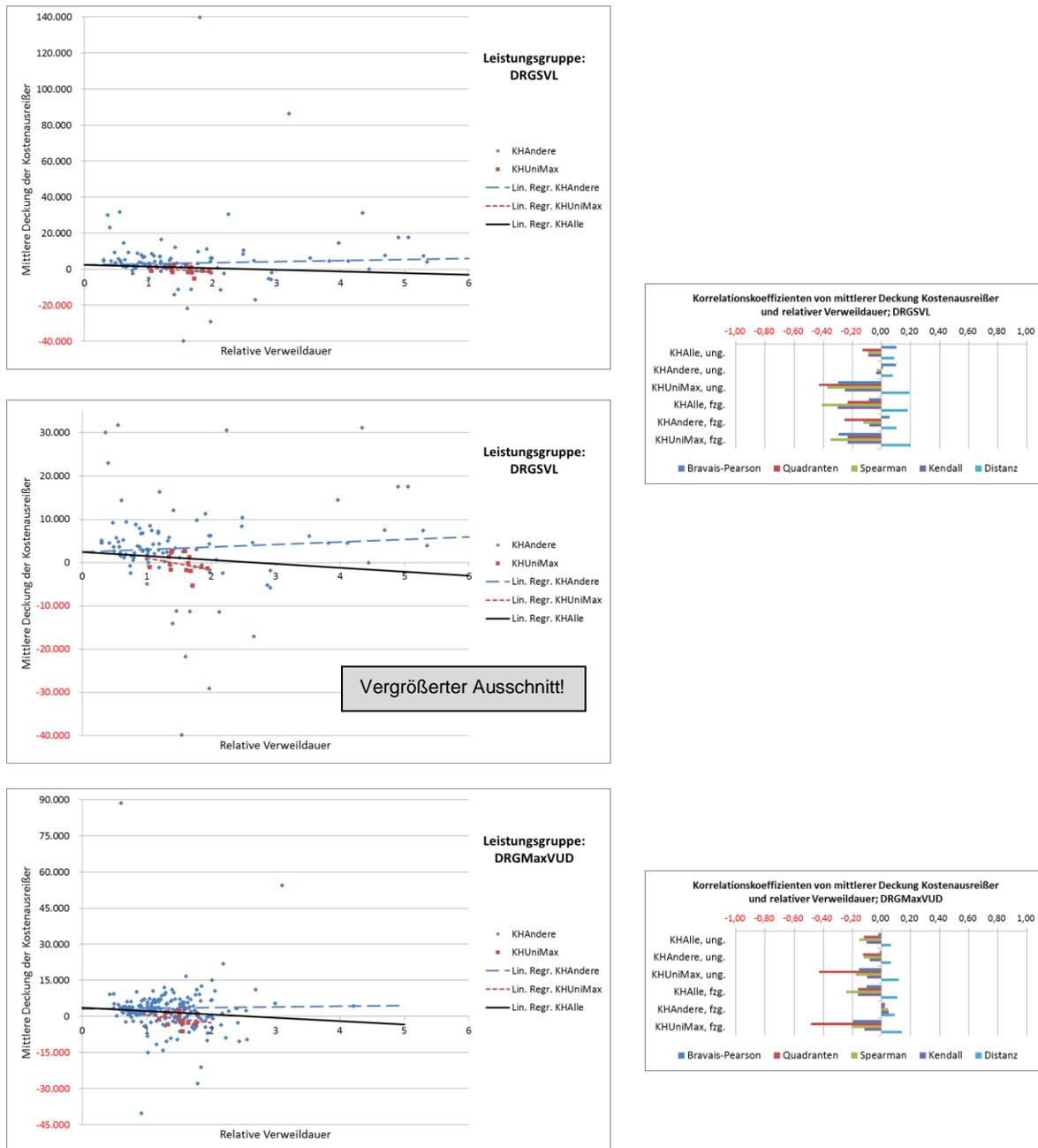


Abbildung 64: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die relative Verweildauer, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

Erklären lässt sich dieser Unterschied zu den allgemeinen Versorgungsleistungen mit der angepassten Berechnung der Langliegerzuschläge für die hochaufwendigen und teuren Leistungen in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD. So liegen 58% der Kostenausreißer (bzw. 58% aller Fälle) in der Leistungsgruppe DRGSVL und 42% (bzw. 40%) der Fälle in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD in DRGs mit angepassten Langliegerzuschlägen. Zum Vergleich sind dies in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD 0% (0%) bzw. lediglich 3% (2%) der Fälle. Welche Folgen dies hat, lässt sich gut in Tabelle 44 und Tabelle 45 ablesen, welche die Fallanteile der Lower-Kostenausreißer, der Between-Fälle und der Upper-Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD bezüglich der Kategorien „Kurzlieger und Inlier“ und „Langlieger“ einander gegenüberstellen.

Fallanteile	Kurzlieger und Inlier		Langlieger	
	DRGAVL	DRGSVL	DRGAVL	DRGSVL
Lower-Kostenausreißer	3,53%	3,70%	0,79%	5,41%
Between-Fälle	95,74%	95,25%	90,18%	83,95%
Upper-Kostenausreißer	0,72%	1,05%	9,03%	10,63%
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabelle 44: Fallanteile der Kostenausreißer und Between-Fälle, Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL, Kategorien „Kurzlieger und Inlier“ und „Langlieger“, Datenjahr 2016

Fallanteile	Kurzlieger und Inlier		Langlieger	
	DRGRegelVUD	DRGMaxVUD	DRGRegelVUD	DRGMaxVUD
Lower-Kostenausreißer	3,89%	3,62%	1,07%	4,98%
Between-Fälle	95,33%	95,44%	89,22%	86,20%
Upper-Kostenausreißer	0,78%	0,94%	9,70%	8,82%
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabelle 45: Fallanteile der Kostenausreißer und Between-Fälle, Leistungsgruppen DRGRegelVUD und DRGMaxVUD, Kategorien „Kurzlieger und Inlier“ und „Langlieger“, Datenjahr 2016

Während sich in der Kategorie „Kurzlieger und Inlier“ keine bedeutenden Unterschiede zwischen den Fallanteilen der Leistungsgruppen der allgemeinen bzw. speziellen Versorgungsleistungen feststellen lassen, findet sich bei den Langliegern ein deutlicher Unterschied bei den Fallanteilen. Bei den Langliegern zeigt sich der entscheidende Unterschied im Verhältnis der Fallanteile für die Lower- und Upper-Kostenausreißer zwischen den allgemeinen und speziellen Versorgungsleistungen. So stehen beispielsweise den Upper-Kostenausreißern in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD (9,70%) nur 1,07% Lower-Kostenausreißer gegenüber. Andererseits stehen den Upper-Kostenausreißern in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD (8,82%) mit 4,98% erheblich mehr Lower-Kostenausreißer gegenüber mit den beobachteten Folgen für die Deckung der Kostenausreißer. Gut zu erkennen ist in Abbildung 62, dass in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD für die große Mehrzahl der Krankenhäuser mit einer durchschnittlichen relativen Verweildauer größer der mittleren Verweildauer die mittlere Deckung der atypischen Fälle negativ ist, d.h. deutlich mehr Punkte der Punktelwolke liegen unterhalb der Abszissenachse als oberhalb. Das Verhältnis der Anzahl von Krankenhäusern mit negativer Deckung der Kostenausreißer zur Anzahl der Krankenhäuser mit positiver Deckung der Kostenausreißer ist dort bei den allgemeinen Versorgungsleistungen ca. 6:1 (DRGAVL) bzw. 2:1 (DRGRegelVUD). In den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD gilt dies, wie Abbildung 64 zeigt, offensichtlich nicht. Hier ist das Verhältnis der Anzahl von Krankenhäusern mit negativer Deckung der Kostenausreißer zur Anzahl der Krankenhäuser mit positiver Deckung der Kostenausreißer umgekehrt sogar 1:3 bzw. 1:2.

Das bereits im Extremkostenbericht 2016 aufgezeigte Untersuchungsergebnis warf die Frage auf, ob eine Änderung der Langliegerzuschläge bei allgemeinen Versorgungsleistungen die mittlere Deckung der Kostenausreißer verbessern würde. Klar ist, dass durch eine Anpassung der Langliegerzuschläge die Vergütungssituation der Langlieger besser werden würde und dass dies zu Lasten der Kurzlieger und Inlier geschehen würde. Global betrachtet ergäbe sich auch eine Verbesserung der Deckung der Kostenausreißer. Aufgrund der Fallanzahlverteilung in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD würde von diesen höheren Langliegerzuschlägen fast vollständig die Krankenhausgruppe KHAndere profitieren, wodurch das Missverhältnis hinsichtlich der Deckung der Kostenausreißer zwischen den beiden Krankenhausgruppen bei den allgemeinen Versorgungsleistungen und auch bei den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD weiter vergrößert würde.

Anzahl der kodierten Prozeduren und PCCL

Bezüglich der Leistungsgruppen DRGAlle und DRGRegelVUD weisen auch die Variablen Anzahl der kodierten Prozeduren und Patientenbezogener Gesamtschweregrad (PCCL, vor der abschließenden Rundung auf eine Ganzzahl) auf Grundlage der Daten des Datenjahres 2016 betragsmäßig mit rund 0,6 bzw. 0,4 – 0,6 nennenswerte Korrelationswerte auf, wie dies in Abbildung 65 und Abbildung 67 dargestellt ist.

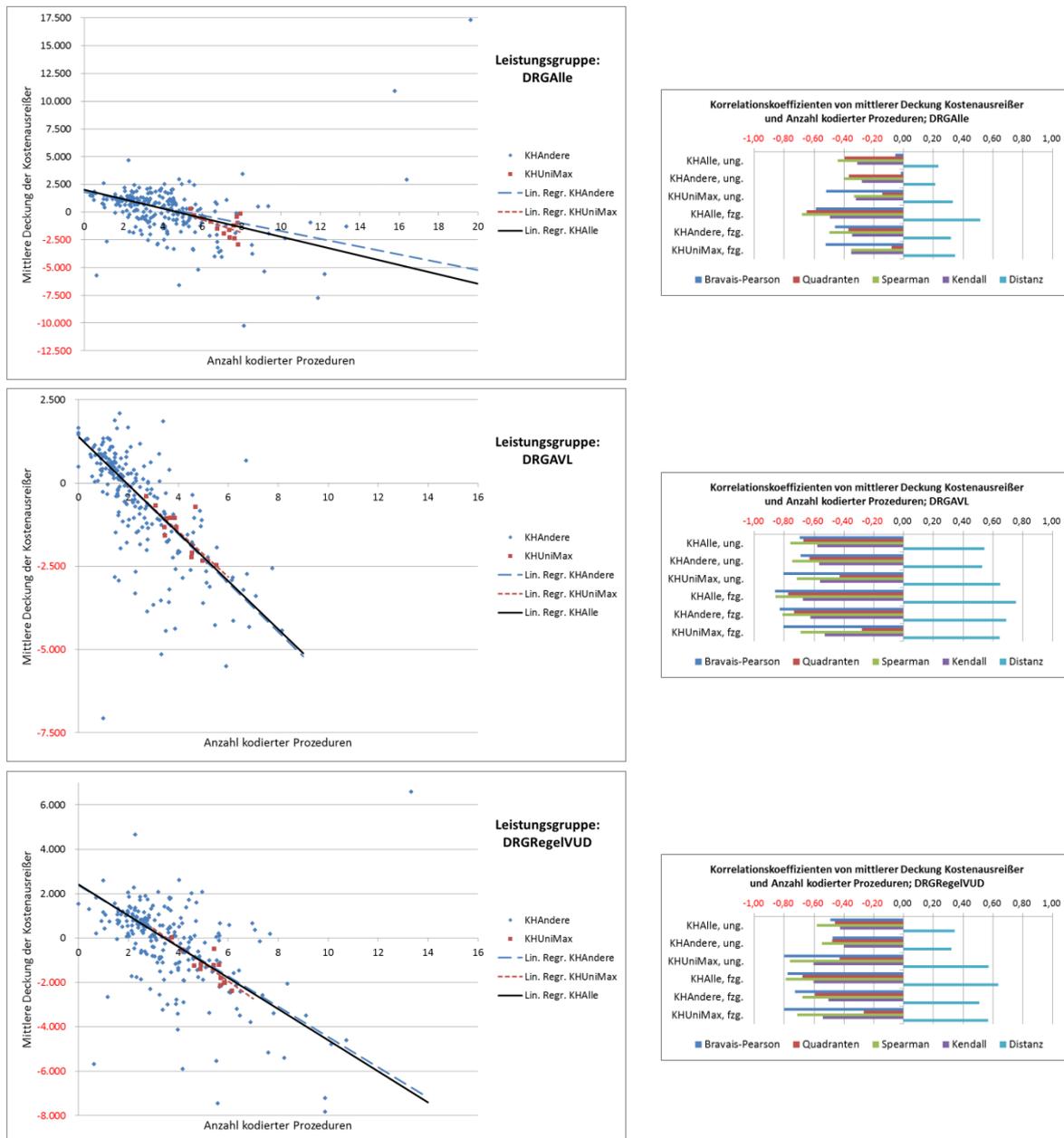


Abbildung 65: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Anzahl kodierter Prozeduren, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

Dies ist insofern nicht überraschend, da die relative Verweildauer, die Anzahl der Prozedurenkodes und der PCCL untereinander jeweils positiv korreliert sind, was auch in den sehr ähnlichen Punktwolken in Abbildung 62, Abbildung 65 und Abbildung 67 zum Ausdruck kommt. Bei der Korrelation mit dem PCCL liegt bedingt durch die Methodik zur Pflege der CCL-Matrix ebenfalls eine Korrelation mit formalem Charakter vor. Ein von null verschiedener Wert in der CCL-Matrix wird nur dann in der Matrix beibehalten bzw. eingepflegt, wenn dieser Wert durch entsprechende Kosten in der Kalkulationsstichprobe „belegt“ werden kann. Allerdings weisen allein 70,5% der Kostenausreißer (bzw. 72,5% aller Fälle) einen PCCL < 2

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

Zudem gilt, dass der PCCL eines Patienten ausgehend von der Zuordnung zu einer bestimmten Basis-DRG im Verlauf seines Krankenhausaufenthalts monoton wächst, da jede weitere Diagnose den Wert zwar erhöhen, aber nicht senken kann. In den vergleichsweise niedrigeren Werten der Korrelationskoeffizienten bezüglich des PCCL (Wertebereich 0,4 – 0,6 im Vergleich zu Werten um größer oder gleich 0,6 bei der relativen Verweildauer und der Anzahl der kodierten Prozeduren, vgl. entsprechende Balkendiagramme in Abbildung 62, Abbildung 65 und Abbildung 67) kommt zum Ausdruck, dass der PCCL an zahlreichen Stellen im G-DRG-System als kostentrennendes Splitkriterium verwendet wird, wodurch sich die Vergütungssituation kostenintensiver Fälle verbessern lässt.

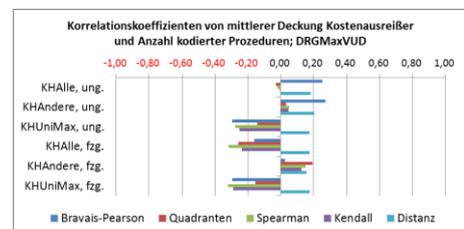
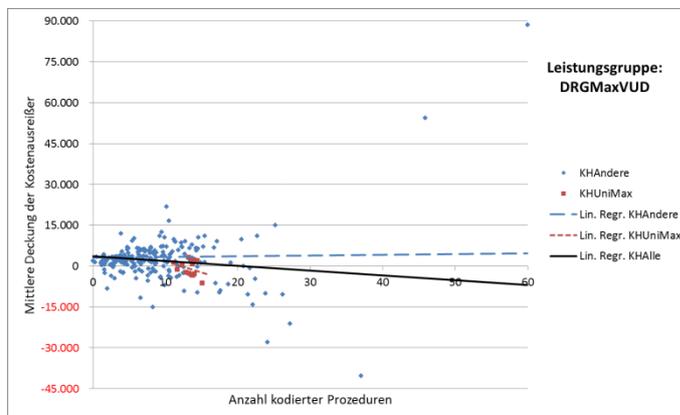
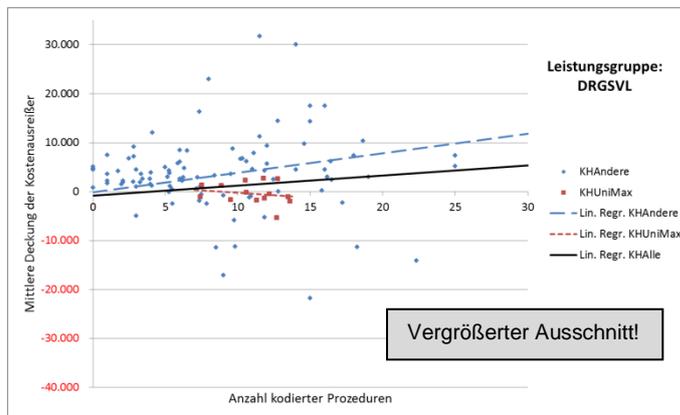
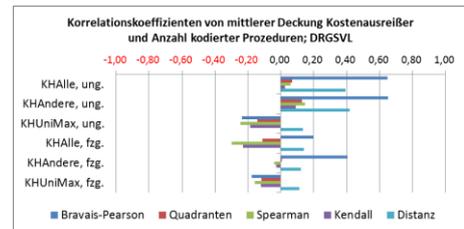
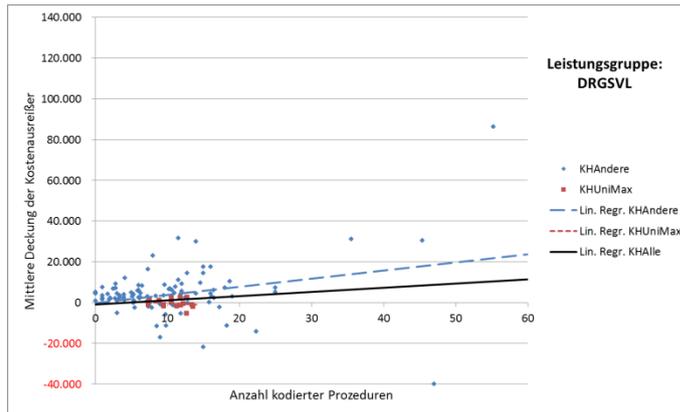


Abbildung 66: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Anzahl kodierter Prozeduren, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

Entsprechende Resultate für die Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD lassen sich – wie schon bei der relativen Verweildauer – für die Anzahl der Prozedurenkodes und den PCCL nicht beobachten (siehe Abbildung 66 und Abbildung 68). Während die Krankenhausgruppe KHAndere dort schwach positive Zusammenhänge zeigt, lassen sich bei der Krankenhausgruppe KHUniMax schwach negative Zusammenhänge beobachten. In der Gesamtbetrachtung relativieren sich die gegenläufigen Richtungen.

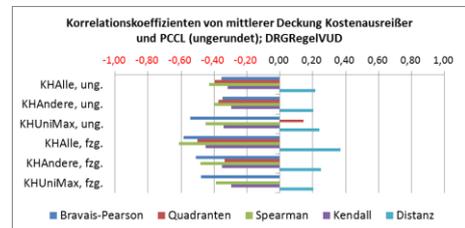
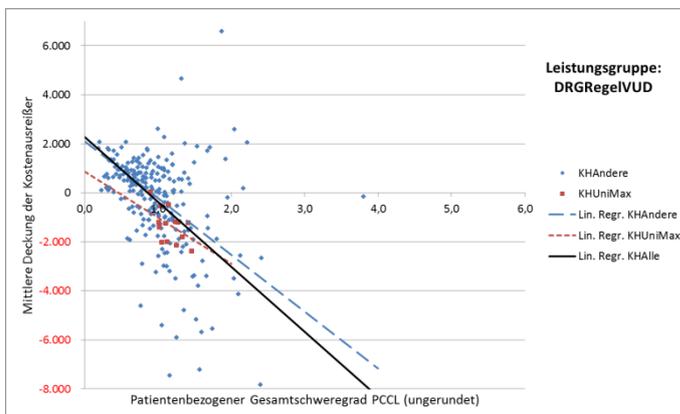
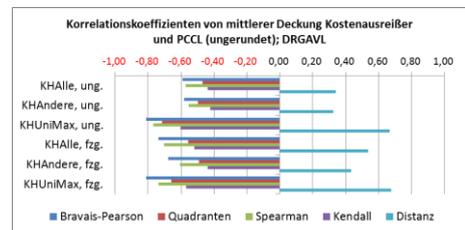
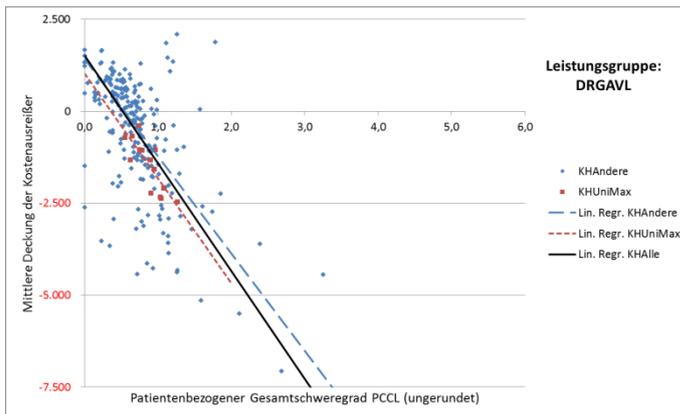
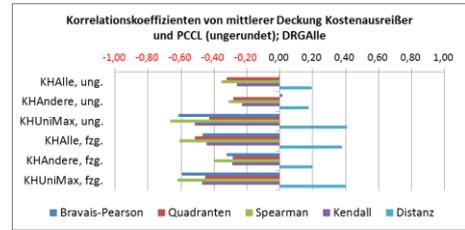
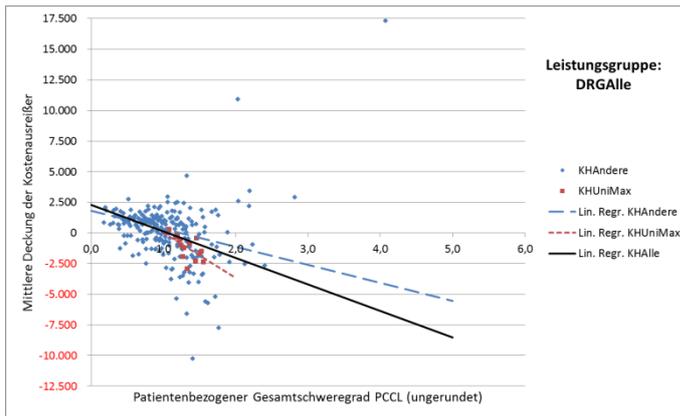


Abbildung 67: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den PCCL (ungerundet), Leistungsgruppen DRGAIIe, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

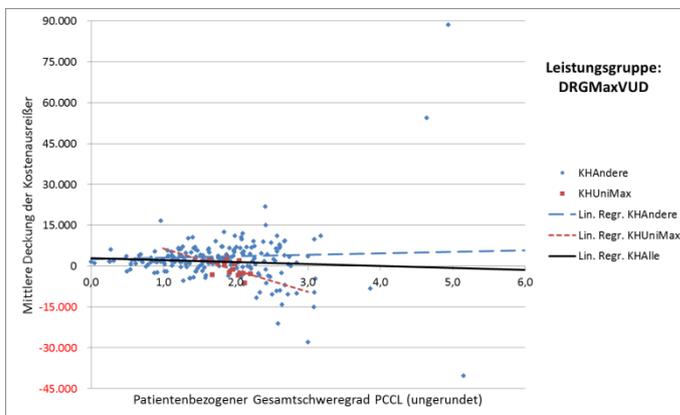
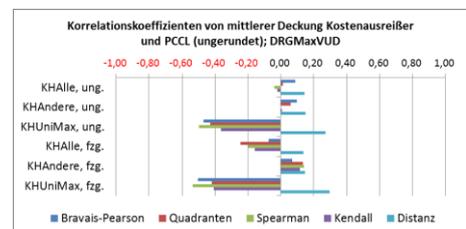
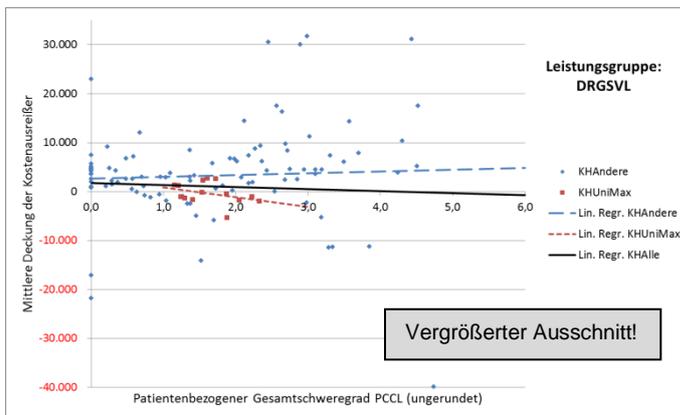
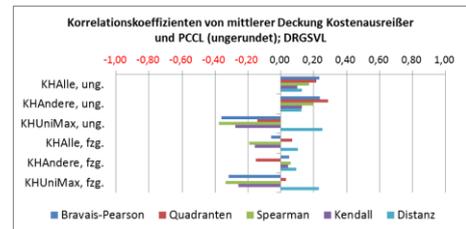
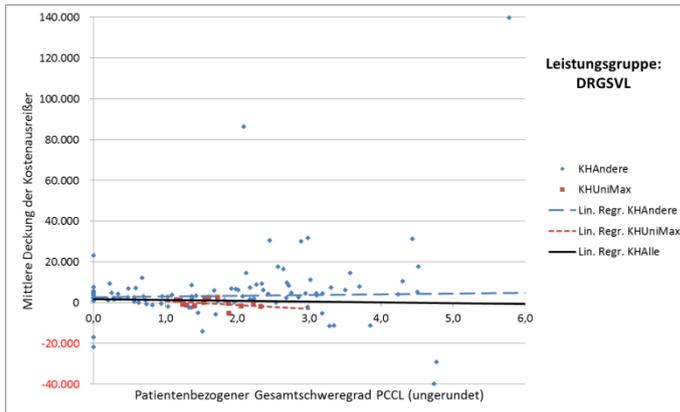


Abbildung 68: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für den PCCL (ungerundet), Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

Mittlere Deckung Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses

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

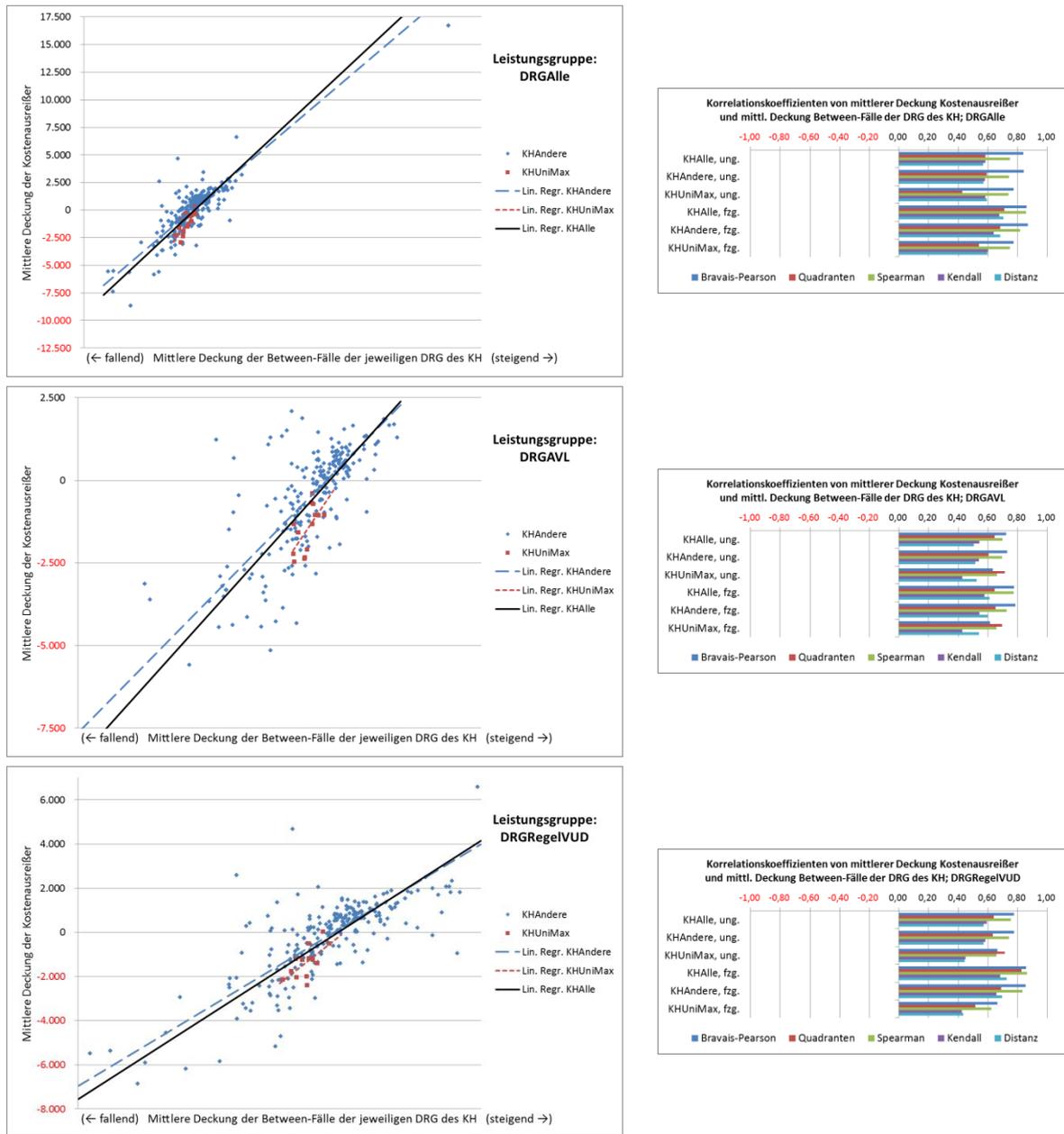


Abbildung 69: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die mittlere Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses, Leistungsgruppen DRGAlle, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

Wie Abbildung 69 und Abbildung 70 zeigen, besteht bezüglich aller Leistungsgruppen und aller Krankenhausgruppen ein positiver Zusammenhang zwischen der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses und der (mittleren) Deckung der Kostenausreißer. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax ist der Zusammenhang insgesamt jeweils etwas schwächer ausgeprägt als bei der Krankenhausgruppe KHAndere.

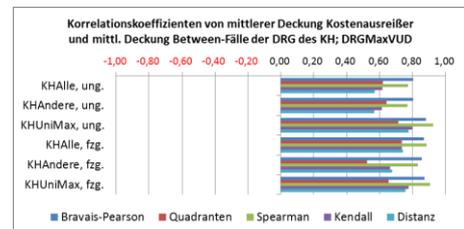
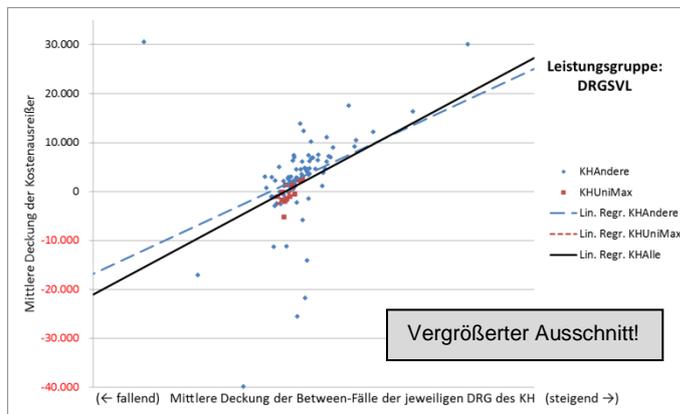
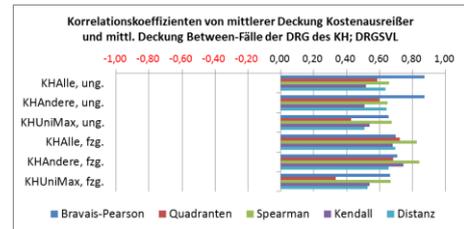
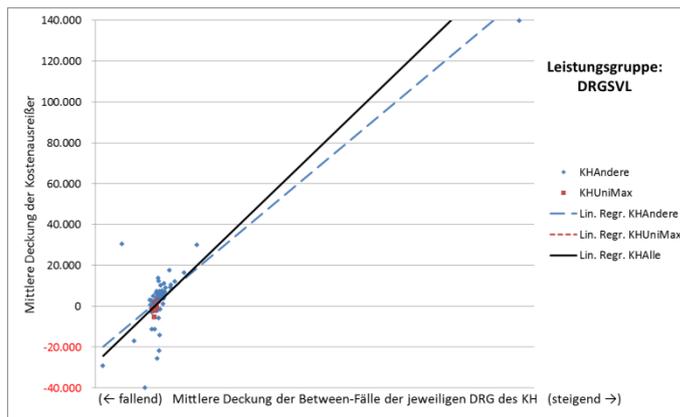


Abbildung 70: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die mittlere Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

Im Ergebnis bedeutet dies, dass Krankenhäuser mit niedrigeren mittleren Kosten pro Fall in der betreffenden Leistungsgruppe eine höhere mittlere Deckung der Kostenausreißer aufweisen. Krankenhäuser mit höheren mittleren Kosten pro Fall in einer Leistungsgruppe weisen entsprechend niedrigere mittlere Deckungen der Kostenausreißer auf.

Anmerkung:

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

Zwischenfazit

1. Bei der Korrelationsanalyse wurden Variablen ausfindig gemacht, die starke Korrelationen mit der Deckung der Kostenausreißer aufweisen. Da für diese Variablen zum Teil formale bzw. definitorisch geprägte sowie kausale Zusammenhänge bestehen oder zumindest sehr naheliegen, kann auf sie bei der Erklärung der Deckung der Kostenausreißer nicht verzichtet werden. Die Analysen für den Extremkostenbericht 2018 bestätigen damit die Ergebnisse der Vorjahre.
2. Für die Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD weisen die relative Verweildauer, die Anzahl der kodierten Prozeduren und der patientenbezogene Gesamtschweregrad negative Zusammenhänge mit der Deckung der Kostenausreißer auf. Die Korrelationen hinsichtlich der Verweildauer und des PCCL besitzen in Teilbereichen einen formalen Zusammenhang. Für die Variable der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses besteht hingegen ein positiver Zusammenhang. Bei den Leistungsgruppen der speziellen Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD wurde nur für die Variable der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses eine ausgeprägte Korrelation mit der Deckung der Kostenausreißer ermittelt; der Zusammenhang ist stark positiv. Für die anderen Variablen wurde bei den speziellen Versorgungsleistungen keine Korrelation zur Deckung der Kostenausreißer festgestellt.

3.4.8.5 Korrelation mit der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus

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

Die Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus wurde anhand der in der §-21-Datenlieferung enthaltenen Postleitzahl des Wohnorts des Patienten und der Adresse des Krankenhauses als Luftliniendistanz zwischen den beiden geographischen Orten bestimmt. Für 99,55% aller Fälle bzw. 99,48% aller Kostenausreißer konnte auf diese Weise eine Entfernung zum Krankenhaus berechnet werden. Bei den übrigen Patienten wurden nicht geokodierbare Postleitzahlen (z.B. „00000“ oder „99999“) übermittelt. Die Postleitzahl „00000“ wird bei wohnsitzlosen oder ausländischen Patienten angegeben. Mit Quoten von deutlich über 99% ist die Datengrundlage für die Korrelationsanalyse sehr gut.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Entfernungen zwischen Patienten und Krankenhäusern stark von regionalen Gegebenheiten abhängen. So sind in ländlichen Gebieten generell größere Entfernungen zu erwarten als in städtischen Gebieten wie etwa dem Ruhrgebiet oder Ballungsgebieten wie Metropolregionen. Bei den Analysen zum Extremkostenbericht 2016 wurden auch Entfernungsmaße wie schnellste Zeit bzw. kürzeste Entfernung mit einem Automobil betrachtet. Erwartungsgemäß waren keine nennenswerten

Unterschiede im Vergleich zu den Ergebnissen mit der Luftlinienentfernung zu beobachten, sodass die Luftlinienentfernung als Entfernungsmaß verwendet wurde. Für die vorliegenden Analysen wird daher wie in den Vorjahren entsprechend die Luftlinienentfernung als Entfernungsmaß verwendet.

Die mittlere Entfernung des Wohnorts der Patienten zum Krankenhaus ist bei der Krankenhausgruppe KHUniMax, wie Tabelle 46 zeigt, sowohl in Bezug auf alle Fälle als auch in Bezug auf die Kostenausreißer durchweg in allen Leistungsgruppen größer als bei der Krankenhausgruppe KHAndere. Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen „Alle Fälle“ und „Kostenausreißer“ sind in der Krankenhausgruppe KHAndere jeweils vergleichsweise gering. In der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen die Kostenausreißer im Mittel etwas größere Entfernungen auf. Die Veränderungen zum Vorjahr sind erwartungsgemäß gering.

Mittlere Entfernung [km]		DRGAlle	DRGAVL	DRGSVL	DRGRegelVUD	DRGMaxVUD
Alle Fälle	KHAndere	17,5	14,3	32,1	17,0	23,6
	KHUniMax	29,4	19,1	46,9	26,6	38,9
Kosten- ausreißer	KHAndere	18,3	15,2	31,3	17,7	23,8
	KHUniMax	33,1	22,7	50,5	30,4	42,9

Tabelle 46: Mittlere Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus in den Patientengruppen „Alle Fälle“ und „Kostenausreißer“ für die Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax sowie die Leistungsgruppen DRGAVL, DRGSVL, DRGRegelVUD und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

Die Korrelationsanalyse zeigt sowohl auf Einzelfallebene als auch aggregiert auf Krankensebene (siehe Abbildung 71 und Abbildung 72) mit berechneten Korrelationskoeffizienten nahe 0 keine bzw. nur eine sehr schwache – in der Regel – negative Korrelation mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer. Die Streudiagramme wirken zufällig. Ein ausgeprägter Zusammenhang zwischen den beiden untersuchten Variablen ist nicht ersichtlich. Wie in Abbildung 71 zu sehen, weist die Krankenhausgruppe KHUniMax bei den allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD sogar einen schwach positiven Zusammenhang auf, d.h. mit wachsender Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus erhöht sich die mittlere Deckung der Kostenausreißer.

Hinsichtlich der Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer kommt damit der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus keine bzw. eine vernachlässigbar geringe Bedeutung zu.

In der Gesamtbetrachtung von Abbildung 71 und Abbildung 72 lässt sich zudem bezüglich aller betrachteten Leistungsgruppen erkennen, dass der Aspekt der Inhomogenitätskorrelation auch hinsichtlich der Entfernungsvariable von Bedeutung ist; d.h. während die Variablen Entfernung und Mittlere Deckung der Kostenausreißer in den einzelnen Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax keine oder sogar gegenläufige Korrelationen aufweisen, entsteht erst durch Zusammenfassung dieser beiden unterschiedlichen Gruppen ein gewisser schwacher Zusammenhang zwischen den zwei Variablen.

In Tabelle 46 lässt sich zudem gut erkennen, dass sich die mittleren Entfernungen bezüglich der Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD im Vergleich zur Betrachtung der Krankenhausgruppen KHUniMax und KHAndere in derselben Größenordnung voneinander unterscheiden. Bei den Leistungsgruppen der spezialisierten Versorgungsleistungen DRGSVL und DRGMaxVUD, bei denen die Patienten eine größere mittlere Entfernung zum Krankenhaus aufweisen als bei den allgemeinen Versorgungsleistungen, zeigen die beiden Krankenhausgruppen KHAndere und KHUniMax eine vergleichsweise höhere Deckung der Kostenausreißer. Eine Unterdeckung der Kostenausreißer hat die Krankenhausgruppe KHUniMax vor allem im Bereich der allgemeinen Versorgungsleistungen, bei denen die Patienten eine deutlich geringere Entfernung zum Krankenhaus aufweisen als bei den speziellen Versorgungsleistungen.

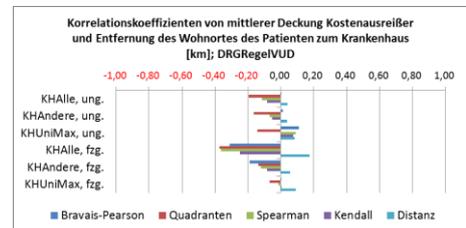
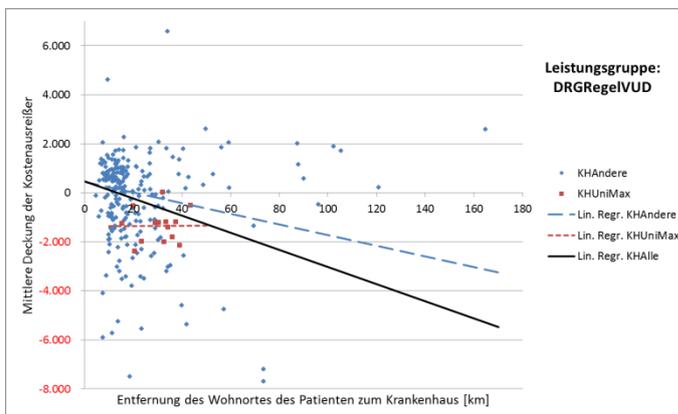
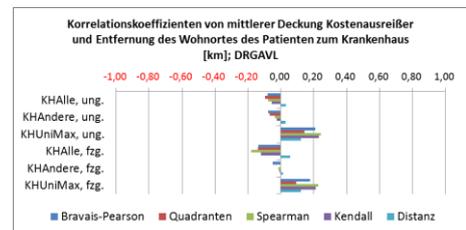
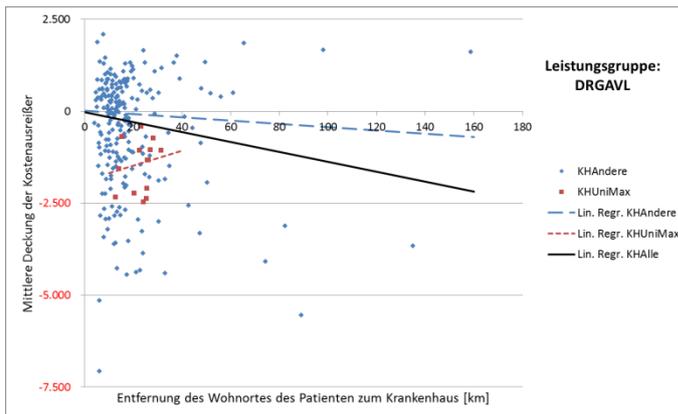
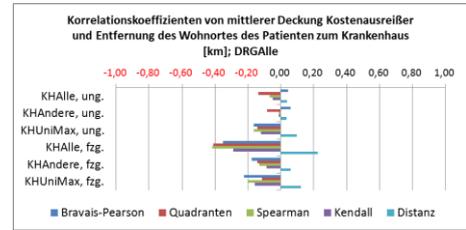
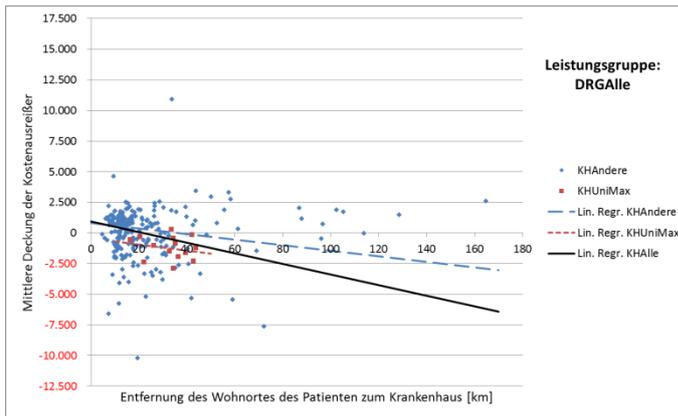


Abbildung 71: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppen DRGA1le, DRGAVL und DRGRegelVUD, Datenjahr 2016

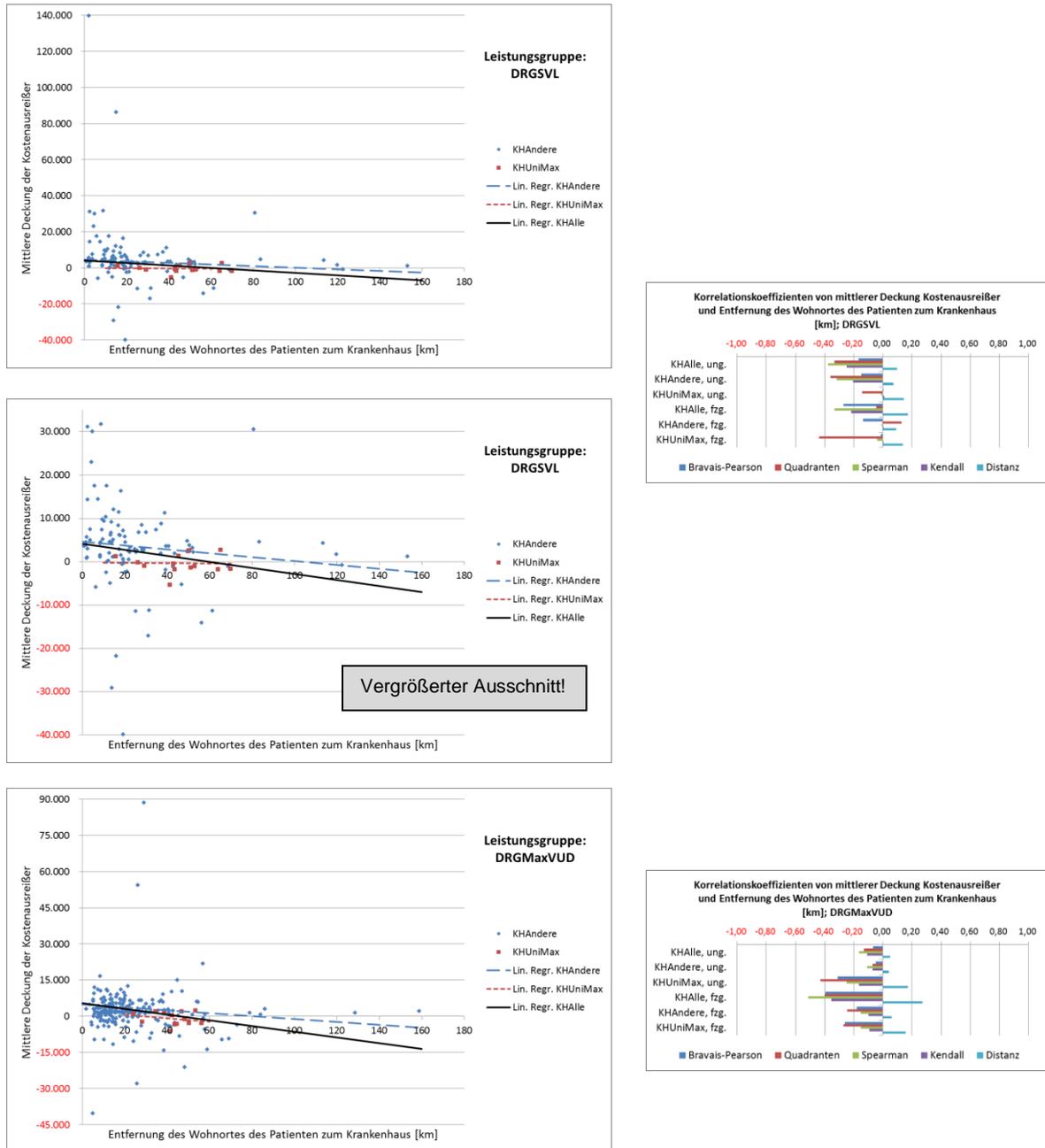


Abbildung 72: Ergebnisse der Korrelationsanalyse für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD, Datenjahr 2016

Ob die Variable der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus einen Zusammenhang mit der mittleren Deckung der Kostenausreißer hat, wurde zusätzlich auf eine weitere Weise untersucht: Hierzu wurden alle Patienten in eine bestimmte Anzahl von gleich großen Entfernungsklassen eingeteilt. In Tabelle 47 ist dies exemplarisch für fünf Entfernungsklassen dargestellt, d.h. Entfernungsklasse I enthält die 20% der Fälle mit der geringsten Entfernung zum Krankenhaus und entsprechend Entfernungsklasse V die 20% der Fälle mit der größten Entfernung. Für jede Entfernungsklasse wurde der Belastungsindex der Kostenausreißer wie in Tabelle 20 bzw. Tabelle 21 berechnet. Offensichtlich sind die Belastungsindizes und die damit verbundenen Aussagen – von einer geringfügigen stochastischen Streuung abgesehen – unabhängig von der Entfernung des Patienten zum Krankenhaus.

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	1,9	-289,6
DRGSVL	1256,3	-74,8

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	26,1	-303,8
DRGMaxVUD	835,9	-240,6

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-29,3	-260,4
DRGSVL	844,6	-130,5

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	-8,9	-285,4
DRGMaxVUD	829,0	-124,2

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-18,4	-305,0
DRGSVL	627,8	-155,5

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	18,1	-295,4
DRGMaxVUD	811,8	-169,5

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	11,7	-294,5
DRGSVL	466,4	-79,6

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	36,6	-258,8
DRGMaxVUD	740,8	-124,0

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-24,5	-380,7
DRGSVL	699,0	-48,8

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	-20,2	-305,1
DRGMaxVUD	600,8	-286,0

Tabelle 47: Belastungsindex der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppen in fünf gleich großen Klassen **auf Grundlage aller Fälle** bezüglich der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus (Klasse I = niedrigste Entfernung bis Klasse V = größte Entfernung), Datenjahr 2016

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-2,2	-280,4
DRGSVL	1243,3	-45,3

Entfernungskl. I	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	23,8	-305,6
DRGMaxVUD	833,3	-171,1

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-26,9	-270,2
DRGSVL	773,6	-148,6

Entfernungskl. II	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	-6,8	-277,0
DRGMaxVUD	836,5	-166,4

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-8,3	-310,1
DRGSVL	697,4	-151,5

Entfernungskl. III	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	23,9	-300,8
DRGMaxVUD	813,8	-156,7

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	4,1	-281,3
DRGSVL	459,4	-117,5

Entfernungskl. IV	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	29,1	-260,6
DRGMaxVUD	731,7	-172,7

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGAVL	-24,6	-393,0
DRGSVL	699,5	-35,6

Entfernungskl. V	Krankenhausgruppe	
Leistungsgruppe	KHAndere	KHUniMax
DRGRegelVUD	-19,5	-305,9
DRGMaxVUD	589,3	-276,2

Tabelle 48: Belastungsindex der Kostenausreißer in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD nach Krankenhausgruppen in fünf gleich großen Klassen **auf Grundlage der Kostenausreißer** bezüglich der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus (Klasse I = niedrigste Entfernung bis Klasse V = größte Entfernung), Datenjahr 2016

Die Entfernungsklassen in Tabelle 47 wurden auf Grundlage aller Fälle gebildet. Dies kann dazu führen, dass sich in den einzelnen Klassen unterschiedlich viele Kostenausreißer befinden. Das wiederum könnte Einfluss auf die berechneten Belastungsindizes haben. Aus diesem Grund erfolgte in einem weiteren Schritt die Klasseneinteilung auf Grundlage der Kostenausreißer. In Tabelle 48 befinden sich in jeder der Entfernungsklassen in etwa gleich viele Kostenausreißer. Die Unterschiede zu den Werten der Tabelle 47 sind marginal. Auch aus dieser Untersuchung wird deutlich, dass sich die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer eignet.

Die bisherigen Untersuchungen erfolgten auf Ebene der Krankenhausgruppen. In einer weiteren Betrachtungsweise wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen der mittleren Deckung der Kostenausreißer und der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser untersucht. Dazu wurden auf Grundlage aller Fälle (bzw. in einer weiteren Teiluntersuchung auf Grundlage aller Kostenausreißer) eines Krankenhauses krankenhausesindividuell gleich große Entfernungsklassen gebildet. Im Rahmen der Untersuchung wurden zunächst fünf, in einer feineren Betrachtung dann zehn Entfernungsklassen je Krankenhaus gebildet, die jeweils 20% bzw. 10% aller Fälle (bzw. aller Kostenausreißer) enthielten. Für jede Entfernungsklasse wurden die mittlere Entfernung und die mittlere Deckung der Kostenausreißer eines Krankenhauses ermittelt. Abbildung 73 zeigt exemplarisch die ermittelten Werte für jedes der 14 Krankenhäuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD, wobei die Einteilung der dort dargestellten zehn Entfernungsklassen auf Grundlage der Kostenausreißer erfolgte. Zur besseren Lesbarkeit und einfacheren Zuordnung sind die zehn Punkte eines Krankenhauses mit einer interpolierenden Kurve verbunden.

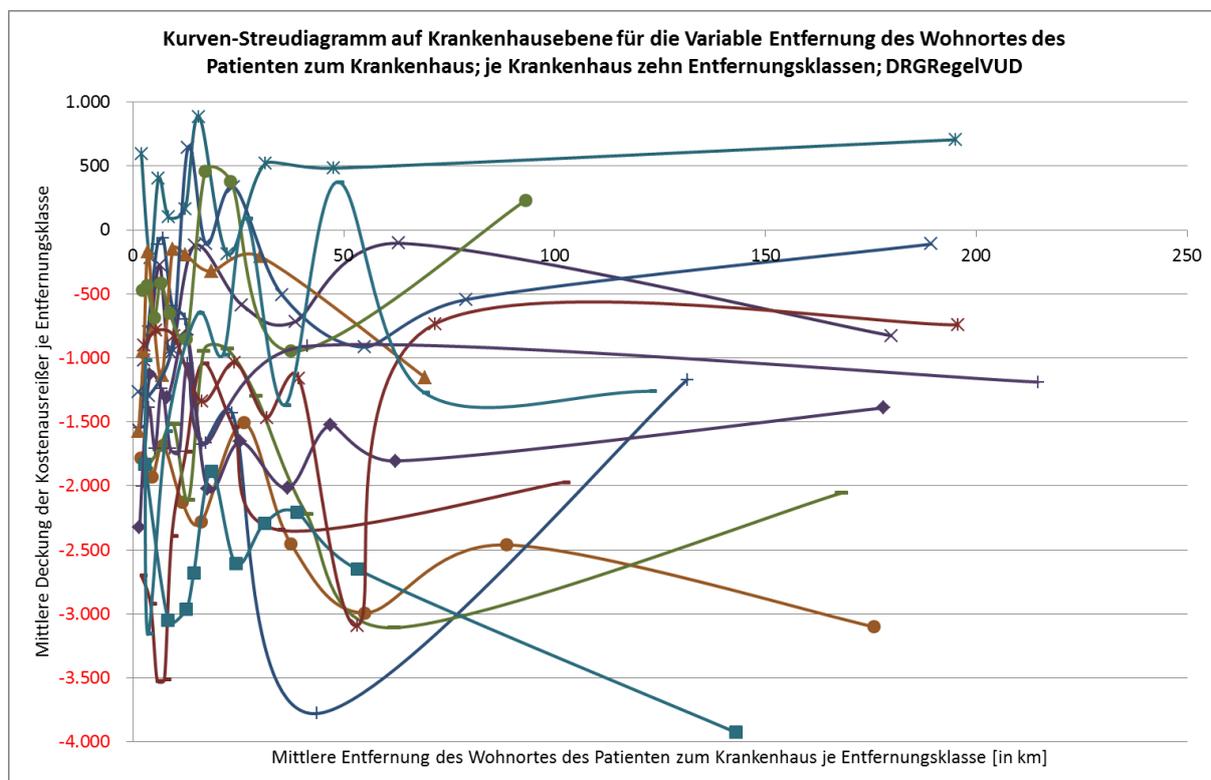


Abbildung 73: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausebene für die Variable Entfernung des Wohnortes des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGRegelVUD, Datenjahr 2016: Jede Kurve steht für ein Krankenhaus aus der Krankenhausgruppe KHUniMax

Zwar lässt sich für einige wenige Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax in der Leistungsgruppe DRGRegelVUD ein in der Tendenz negativer Zusammenhang zwischen der Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus und der Deckung der Kostenausreißer ausmachen (siehe Abbildung 73), gleichsam zeichnet sich eine mindestens ebenso große Anzahl von Krankenhäusern durch einen tendenziell eher positiven Zusammenhang aus. Unterstrichen wird dieses Ergebnis durch die in Abbildung 74 analysierten, für jedes Krankenhaus individuell berechneten Korrelationskoeffizienten nach Bravais-Pearson. Diese Korrelationsbetrachtung stellt vorrangig nicht die Prüfung eines linearen Zusammenhangs in den Mittelpunkt der Analyse, sondern lediglich die Ableitung einer näherungsweise Aussage über die Tendenz (positiv oder negativ). Wie aus Abbildung 74 ersichtlich, streuen die Krankenhäuser sowohl in der Krankenhausgruppe KHAndere als auch etwas weniger in der Krankenhausgruppe KHUniMax recht gleichmäßig über den gesamten Wertebereich von -1 bis +1.

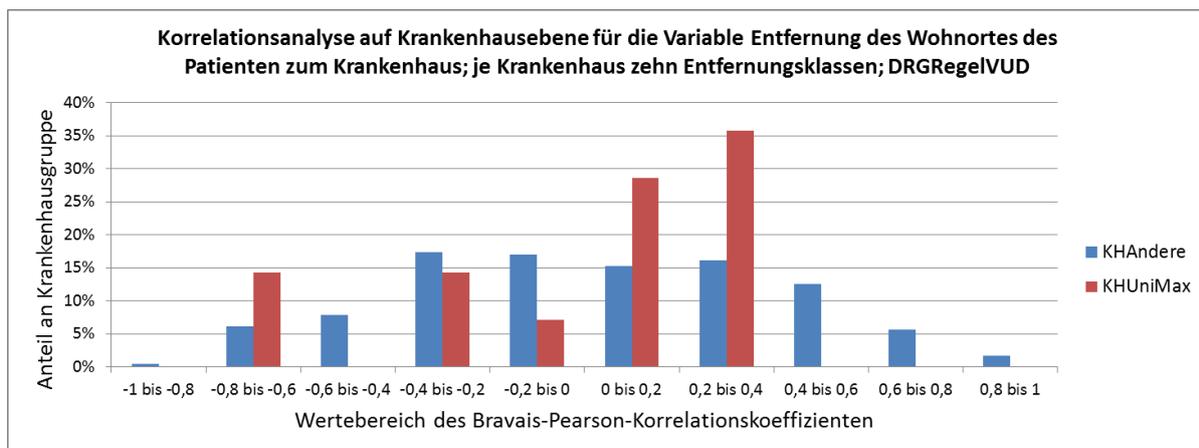


Abbildung 74: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient auf Krankensebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGRegelVUD, je zehn Entfernungsklassen pro Krankenhaus, Datenjahr 2016

Werden ausgehend von den Entfernungsklassen Mittelwerte für die Krankenhausgruppen KHAlle, KHAndere und KHUniMax berechnet (siehe Abbildung 75), so zeigen die drei Krankenhausgruppen ein im Kurvenverlauf ähnliches Verhalten, das sich für die Krankenhausgruppe KHUniMax über einen größeren Entfernungsbereich erstreckt als für die Krankenhausgruppe KHAndere. Für die nächsten ca. 60% der Fälle (d.h. die ersten sechs Entfernungsklassen) besteht ein leicht positiver Zusammenhang zwischen der mittleren Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus und der mittleren Deckung der Kostenausreißer, d.h. mit zunehmender Entfernung steigt in diesem Bereich die mittlere Deckung der Kostenausreißer. Für die weiter entfernten Patienten lässt sich in dieser gemittelten Betrachtung ein ganz schwach negativer Zusammenhang ausmachen, wobei die mittlere Deckung der Kostenausreißer der Klassen mit der größten Entfernung mindestens auf demselben Niveau ist wie die mittlere Deckung der Kostenausreißer der nahen Entfernungsklassen. Ein Zusammenhang zwischen der mittleren Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus und der mittleren Deckung der Kostenausreißer ist aus Abbildung 75 global nicht ersichtlich.

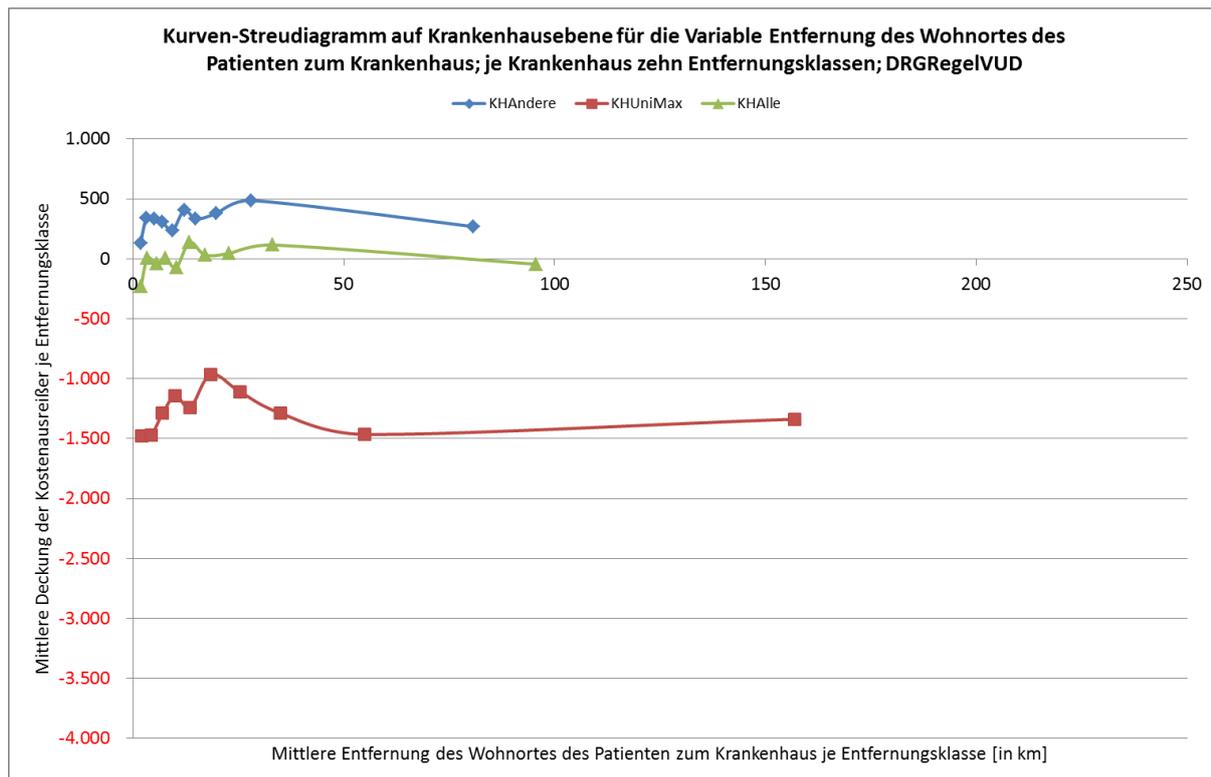


Abbildung 75: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausgruppenebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGRegelVUD, Datenjahr 2016: Jede Kurve steht für eine Krankenhausgruppe

Die Ergebnisse derselben Untersuchung für die Leistungsgruppe DRGMaxVUD zeigen Abbildung 76, Abbildung 77 und Abbildung 78. Abbildung 76 zeigt einen tendenziell negativen Zusammenhang für wenige Krankenhäuser aus der Krankenhausgruppe KHUniMax. Im Vergleich zu Abbildung 73 und den Darstellungen für die allgemeinen Versorgungsleistungen DRGRegelVUD überwiegen hier die Krankenhäuser mit tendenziell eher positivem Zusammenhang zwischen der mittleren Entfernung des Wohnorts des Patienten und der mittleren Deckung der Kostenausreißer. In Abbildung 77 ist im Vergleich zu Abbildung 74 gut zu erkennen, dass bei den spezialisierten Versorgungsleistungen DRGMaxVUD die Korrelationen als lineare Zusammenhänge offenbar stärker ausgeprägt sind. Auch wenn Abbildung 77 den Eindruck bestätigt, dass mehr Krankenhäuser der Krankenhausgruppe KHUniMax einen positiven Zusammenhang aufweisen (für rund ein Viertel der Krankenhäuser erreicht der Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient einen Wert von größer +0,8), fallen ebenso auch Krankenhäuser mit deutlich negativen Korrelationswerten auf. Die Betrachtung mit Mittelung bezüglich der Krankenhausgruppen in Abbildung 78 weist in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD auf einen schwach positiven Zusammenhang hin. Die Kurvenverläufe der drei Krankenhausgruppen KHAlle, KHAndere und KHUniMax verhalten sich erneut ähnlich.

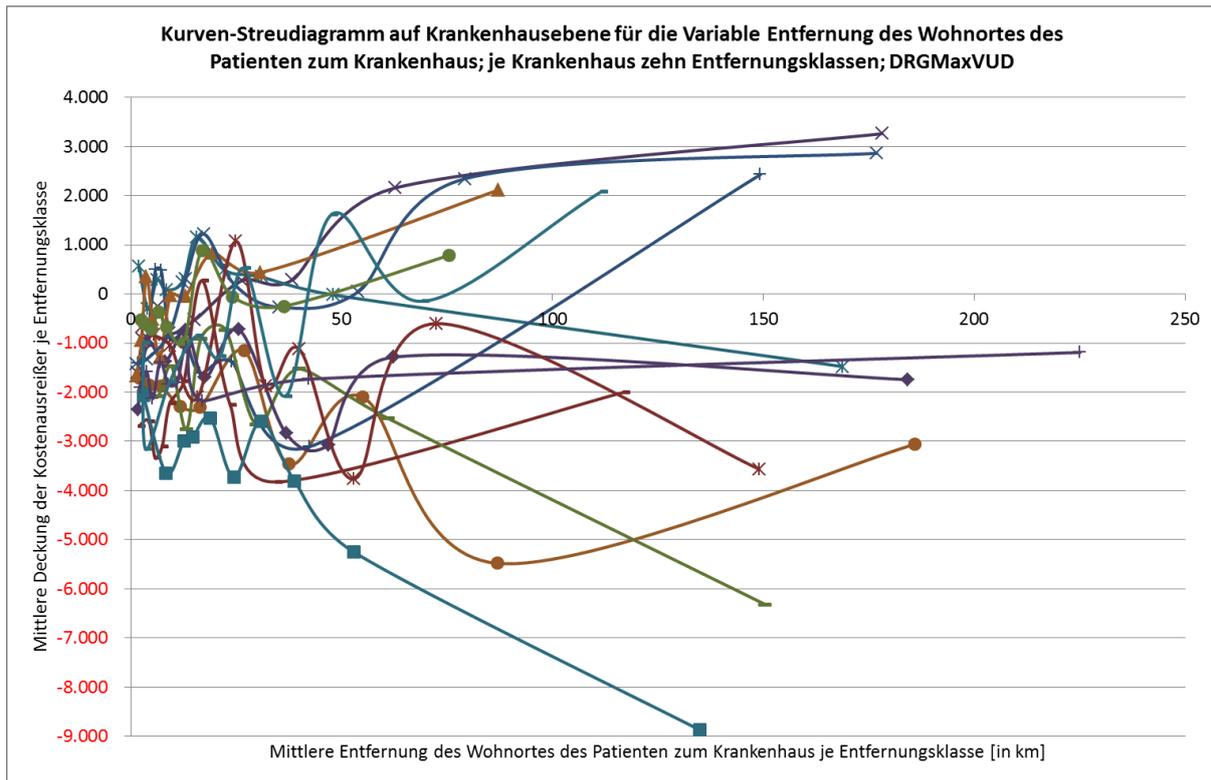


Abbildung 76: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGMaxVUD, Datenjahr 2016: Jede Kurve steht für ein Krankenhaus aus der Krankenhausgruppe KHUniMax

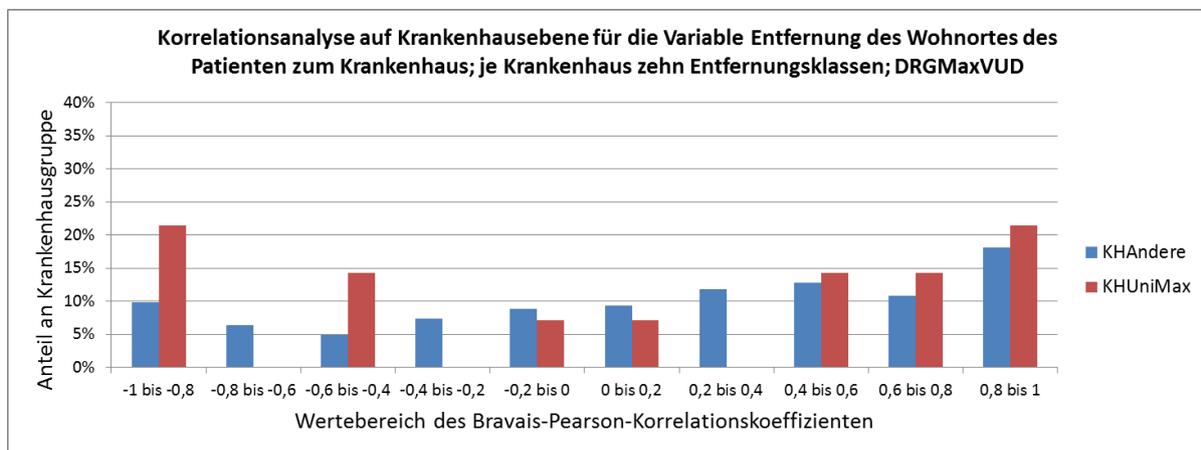


Abbildung 77: Bravais-Pearson-Korrelationskoeffizient auf Krankenhausebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGMaxVUD, je zehn Entfernungsklassen pro Krankenhaus, Datenjahr 2016

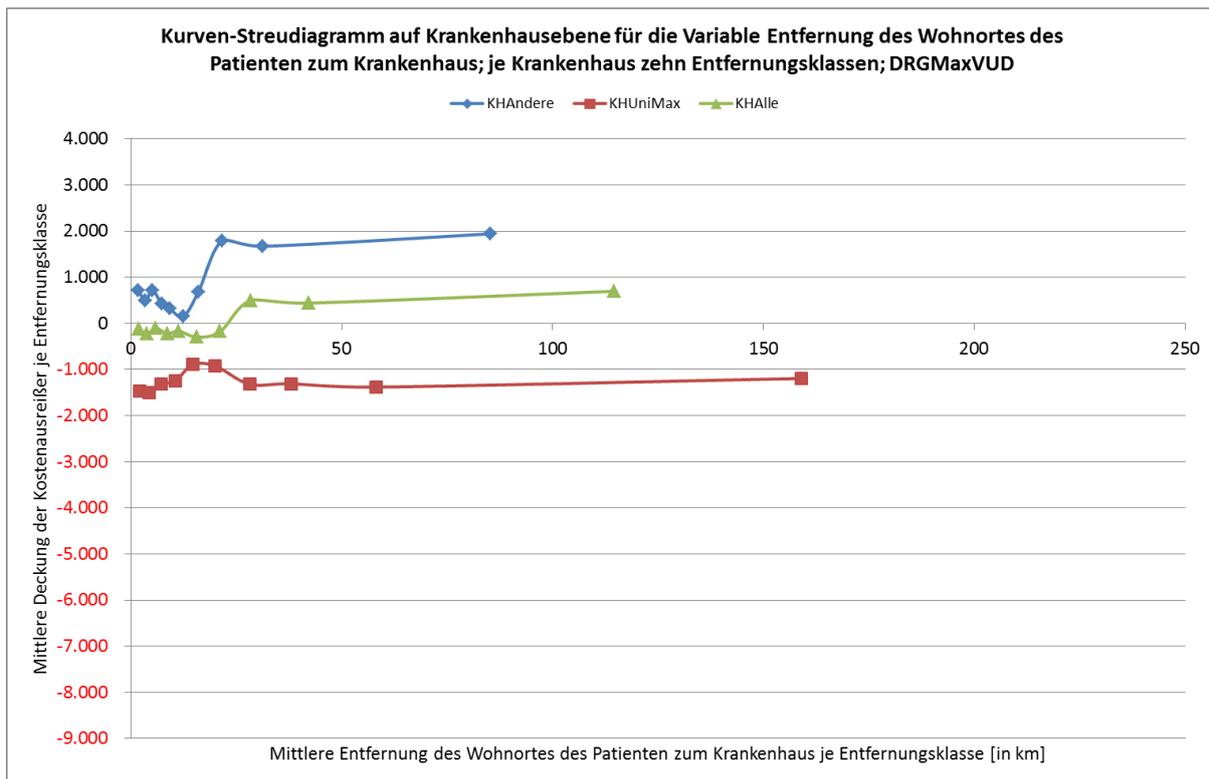


Abbildung 78: Kurven-Streudiagramm auf Krankenhausgruppenebene für die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus, Leistungsgruppe DRGMaxVUD, Datenjahr 2016: Jede Kurve steht für eine Krankenhausgruppe

Zwischenfazit

Weder in aggregierter noch in krankenhauseindividueller Betrachtungsweise liefert die Variable „Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus“ einen Hinweis oder Beitrag zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer, weder für eine der Krankenhausgruppen (KHUniMax, KHAndere) noch für eine der Leistungsgruppen (DRGAlle, DRGAVL, DRGSVL, DRGRegeIVUD, DRGMaxVUD).

3.4.8.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der Korrelationsuntersuchungen

Im Rahmen der Erstellung des Extremkostenberichts 2016 wurde erstmals für eine Reihe verschiedener Variablen untersucht, ob eine Korrelation zur (mittleren) Deckung der Kostenausreißer besteht. Die Korrelationsuntersuchungen auf Basis des Datenjahres 2016 bestätigten die Ergebnisse der Vorjahre:

1. Für eine Vielzahl von Variablen (insbesondere solche mit Krankenhausbezug wie Fall- oder Ausreißeranzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Bettenzahl, Case-Mix, Case-Mix-Index und DRG-Anzahl) konnten Inhomogenitätskorrelationen nachgewiesen werden. Diese eignen sich nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer.
2. In allen Leistungsgruppen existiert eine stark positive Korrelation zur mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses, was sich in einem kausalen Zusammenhang bringen lässt. Das bedeutet, dass mit zunehmenden mittleren Kosten bei den typischen Fällen der betreffenden Leistungsklasse die Deckung der Kostenausreißer je Krankenhaus abnimmt. Die Korrelationen mit der middle-

ren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG eines Krankenhauses sind die stärksten Korrelationen, die im Rahmen der Korrelationsanalyse gefunden wurden.

3. In den Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgungsleistungen DRGAVL und DRGRegelVUD lassen sich Korrelationen mit der relativen Verweildauer, der Anzahl der kodierten Prozeduren und des patientenbezogenen Gesamtschweregrads ermitteln, wobei die drei genannten Variablen untereinander positiv korrelieren. Für die Variablen der relativen Verweildauer und des PCCL liegen in Teilbereichen nach Konzeption des G-DRG-Systems formale bzw. stark definatorisch geprägte Zusammenhänge vor.
4. Hinsichtlich der Deckung der Kostenausreißer bei den spezialisierten Versorgungsleistungen in den Leistungsgruppen DRGSVL und DRGMaxVUD wurden keine weiteren Korrelationen zu den untersuchten Variablen gefunden.
5. Sehr umfangreich wurde die Variable Entfernung des Wohnorts des Patienten zum Krankenhaus in aggregierter und krankenhausesindividueller Betrachtungsweise untersucht. Eine Korrelation zur mittleren Deckung der Kostenausreißer existiert für diese Variable nicht.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Bewertung

Für die Erstellung des Extremkostenberichts wurden die Daten von 245 Krankenhäusern aus der Kalkulationsstichprobe analysiert.

Für eine aggregierte Betrachtung wurden die DRGs nach ihrem Charakter der Leistungserbringung in die Leistungsgruppen DRGAVL und DRGSVL bzw. DRGRegelVUD und DRGMaxVUD unterteilt. Die in der Leistungsgruppe DRGAVL bzw. DRGRegelVUD zusammengefassten Leistungen sind durch eine eher allgemeine Versorgungssituation gekennzeichnet, d.h. diese Leistungen werden typischerweise von vielen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Die in der Leistungsgruppe DRGSVL bzw. DRGMaxVUD zusammengefassten DRGs sind durch eine eher spezielle Versorgungssituation gekennzeichnet, d.h. diese Leistungen werden typischerweise von wenigen Krankenhäusern in Deutschland erbracht. Ergänzend zu den breiter definierten Leistungsgruppen wurden drei Leistungsgruppen mit spezifischen Leistungsinhalten untersucht: DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko.

Für die aggregierte Betrachtung auf Krankenhausebene wurden zwei Krankenhausgruppen gebildet: KHUniMax mit 14 Krankenhäusern (Universitätskliniken und Maximalversorger) sowie die anderen 231 Krankenhäuser (KHAndere). Für eine vertiefende Analyse wurden – DRG-übergreifend – drei Verweildauergruppen Kurzlieger, Inlier und Langlieger gebildet.

Für den vorliegenden Bericht wurden keine methodischen Veränderungen an der Vorgehensweise zur Identifikation und Analyse der Kostenausreißer etabliert, damit die Ergebnisse des vorliegenden Berichts mit den Ergebnissen der vorhergehenden Extremkostenberichte verglichen werden können, ohne jeweils analysieren zu müssen, ob und, wenn ja, inwieweit sich unterschiedliche Ergebnisse auf die Anpassung der Herangehensweise zurückführen lassen. Abweichungen können sich damit nur noch dadurch ergeben, dass mit dem Datenjahr 2016 eine neue, anders zusammengesetzte Stichprobe als Analysemenge zur Verfügung steht und die Daten für die finale Analyse zum Extremkostenbericht nach dem aktuellen G-DRG-System gruppiert werden. Durch geänderte Beteiligung von Universitätskliniken im Datenjahr 2016 ist die Vergleichbarkeit insbesondere in der Krankenhausgruppe KHUniMax und damit auch zwischen den Krankenhausgruppen nur eingeschränkt möglich – eine Übertragbarkeit der vorliegenden Ergebnisse ist nicht möglich.

Im Ergebnis ist festzuhalten:

1. Das wahre Ausmaß der Belastung durch Kostenausreißer ist unbekannt, da aufgrund der Fülle der zu analysierenden Fälle umfangreiche Einzelfallplausibilisierungen nicht

vollständig durchgeführt werden können. Zudem gingen bis zum Ende der Analyse zu einem nennenswerten Teil der detailliert nachgefragten Fälle keine Rückmeldungen ein.

2. Die geänderte Teilnahme von Universitätskliniken hat bei zahlreichen DRGs einen Einfluss auf die Bestimmung der Verteilungsfunktion der bereinigten Kosten und damit auch auf die Identifikation der Kostenausreißer. Damit ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse insbesondere für die DRGs der spezialisierten Versorgung sowie für die Krankenhausgruppe KHUniMax (und damit auch zwischen den Krankenhausgruppen) nur eingeschränkt möglich.
3. Bei etwa gleichbleibender Anzahl der Kostenausreißer im Vergleich zum Vorjahr kehrt sich die Kostenunterdeckung der atypischen Fälle von insgesamt 0,5 Mio. € (Datenjahr 2015 gruppiert nach dem G-DRG-System 2017) in eine Kostenüberdeckung in Höhe von 0,3 Mio. € (Datenjahr 2016 gruppiert nach G-DRG-System 2018) um.
4. Die Kostenunterdeckungen der Kostenausreißer werden durch die Kostenüberdeckungen der Kostenausreißer überkompensiert. Insgesamt entsteht eine Kostenüberdeckung durch die Lower- und Upper-Kostenausreißer. Die durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle liegt bei rund 2 € je Fall.
5. Bei Betrachtung der Kostenüberdeckung der Kostenausreißer ist zu berücksichtigen, dass die Erlöse aus den neuen Zusatzentgelten für den erhöhten Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten nach §§ 14, 15 SGB XI nicht berücksichtigt sind, die Kostenüberdeckung der atypischen Fälle de facto entsprechend höher ausfällt.
6. Die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax weisen in den Leistungsgruppen der allgemeinen und speziellen Versorgungsleistungen stets eine durchschnittliche Kostenunterdeckung durch atypische Fälle auf. Die Häuser der Krankenhausgruppe KHAndere zeigen mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL in den übrigen Leistungsgruppen eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der Kostenausreißer.
7. Die Belastung der Krankenhäuser durch atypische Fälle in der Krankenhausgruppe KHUniMax resultiert im Wesentlichen aus der Kostenunterdeckung in den DRGs der Leistungsgruppen der allgemeinen Versorgung und zu einem geringeren Anteil aus der Kostenunterdeckung in den DRGs der Leistungsgruppen der speziellen Versorgung.
8. In der Analyse der durch Kostenausreißer verursachten Unterdeckung nach Leistungsgruppen zeigt sich, dass die Belastung durch Kostenausreißer in den Leistungsgruppen unterschiedlich ausgeprägt ist. Dabei zeichnen sich die Kostenausreißer in den Leistungsgruppen der speziellen Versorgungsleistungen (DRGSVL und DRGMaxVUD) durch eine Kostenüberdeckung aus. Die durchschnittliche Kostenunterdeckung je Fall ist in der Leistungsgruppe DRGAVL und die durchschnittliche Kostenüberdeckung je Fall in der Leistungsgruppe DRGMaxVUD am deutlichsten ausgeprägt.
9. Die Kostenunterdeckung resultiert im Wesentlichen aus der Kostenunterdeckung der Langlieger. Kurzlieger zeigen regelhaft eine Kostenüberdeckung. Die angepassten Langliegerzuschläge in den entsprechenden DRGs haben die Deckungssituation der Langlieger in den DRGs der spezialisierten Versorgungsleistungen erheblich verbessert.
10. Der Anteil an Lower-Kostenausreißern ist für die Krankenhausgruppe KHUniMax kleiner und der Anteil an Upper-Kostenausreißern größer als die jeweiligen Anteile für die Krankenhausgruppe KHAndere; die Unterschiede in den identifizierten Anteilen sind für zahlreiche DRGs signifikant.

11. Bei den gesondert betrachteten Leistungsgruppen DRGIntensiv, DRGOnko und DRGKinderOnko zeigt sich für die Krankenhausgruppe KHAndere jeweils eine durchschnittliche Kostenüberdeckung der atypischen Fälle. Für die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt sich für die Leistungsgruppe DRGIntensiv eine durchschnittliche Kostenüberdeckung und für die Leistungsgruppen DRGOnko und DRGKinderOnko eine durchschnittliche Kostenunterdeckung der Kostenausreißer.
12. Die Abbildung der Behandlungskosten von Kindern konnte im G-DRG-System 2018 erneut verbessert werden. Die Belastung der Kostenausreißer für Kinder konnte auf 2,8 Mio. € reduziert werden – eine Reduktion um 27% gegenüber dem Vorjahr. Die verbleibende Unterdeckung der atypischen Fälle von Kindern lässt sich unverändert nahezu vollständig auf fünf DRGs der allgemeinen Versorgung (insbesondere für die Versorgung von nicht schwer erkrankten Neugeborenen) zurückführen. Bei diesen fünf DRGs stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die identifizierten Kostenausreißer wegen der in Kapitel 2.1.1 dargestellten Grenze der methodischen Vorgehensweise überhaupt atypische Fälle im Sinne des Extremkostenberichts darstellen.
13. Die Analysen belegen, dass die Etablierung ergänzender Entgelte (Zusatzentgelte, NUB-Entgelte) sowie die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems erhebliches Potential zur Reduzierung der Belastung durch Kostenausreißer aufweist, wobei 2016 oder 2017 neu etablierte ZE- oder NUB-Entgelte in dieser Betrachtung noch nicht sichtbar sind (siehe auch Ziffer 5).
14. Für eine Reihe von Merkmalen aus dem §-21-Datensatz wurde untersucht, ob eine Korrelation zur (mittleren) Deckung der Kostenausreißer besteht: Für alle Leistungsgruppen existiert eine stark positive Korrelation zur mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses. Das bedeutet, dass sich mit zunehmenden mittleren Kosten bei den typischen Fällen der betreffenden Leistungsgruppe die Deckung der Kostenausreißer je Krankenhaus vermindert. Die Korrelationen mit der mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses sind die stärksten Korrelationen, die im Rahmen der Korrelationsanalyse gefunden wurden. Es liegt nahe, dass es sich bei dieser Korrelation um einen kausalen Zusammenhang handelt.
15. Für die Merkmale Fall- bzw. Ausreißeranzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Bettenzahl, Case-Mix, Case-Mix-Index und DRG-Anzahl konnten Inhomogenitätskorrelationen nachgewiesen werden. Diese Merkmale eignen sich nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer.
16. Für die Merkmale relative Verweildauer, Anzahl der kodierten Prozeduren und patientenbezogener Gesamtschweregrad lassen sich Korrelationen ermitteln, wobei die drei genannten Variablen untereinander positiv korrelieren. Dabei handelt es sich um formale bzw. stark definitorisch geprägte Zusammenhänge.
17. Die Entfernung des Wohnorts des Patienten zum leistungserbringenden Krankenhaus und das Alter des Patienten liefern keinen Erklärungsbeitrag für die durchschnittliche Belastung durch atypische Fälle.

Die Analysen der Kostenausreißer haben zahlreiche Leistungen identifiziert, die anhand dokumentierter Merkmale einer sachgerechten Vergütung innerhalb des G-DRG-Systems durch eine Klassifikationsänderung (Zuordnung zu anderen DRGs ab 2018) 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 2019 Eingang finden können. Die Analysen haben allerdings auch gezeigt, dass einige Themenkomplexe erst weiter aufgearbeitet werden müssen, damit diese einer klassifikatorischen Lösung zugeführt werden können. Beispielhaft sei an dieser Stelle die Abbildung der Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion genannt, bei der zwar die Leistungsdokumentation mittels OPS-Kodes zur Schärfung der differenzierten Darstellung

der arbeitsteiligen Aufbereitung der Transplantate bereits verbessert wurde, aber die Kostenkalkulation der angepassten Leistungsdokumentation in den kommenden Jahren noch folgen muss.

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

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

Einige als Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gekennzeichnete Verfahren verursachen ebenfalls Kostenunterdeckungen. Allerdings zeigen die Analysen, dass häufig eine fehlende Abrechnung (aus vielfältigen Gründen) die Ursache für Kostenunterdeckungen ist. In einigen Fällen ergibt sich die fehlende Abrechnungsmöglichkeit aus der Vergabe des entsprechenden NUB-Status im Rahmen des NUB-Anfrageverfahrens.

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

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

Wie im vorliegenden Bericht detailliert dargestellt, zeichnen sich im Gesamtsystem die Kostenausreißer durch eine durchschnittliche Kostenüberdeckung aus. Die aggregierte Betrachtung auf Ebene der Leistungsgruppen der allgemeinen und speziellen Versorgung zeigt für die Kostenausreißer eine Kostenunterdeckung in der Krankenhausgruppe KHUniMax und mit Ausnahme der Leistungsgruppe DRGAVL eine Kostenüberdeckung in der Krankenhausgruppe KHAndere.

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

Der Umfang der Kostendeckung durch Kostenausreißer ist von der Leistungs- und Krankenhausgruppe abhängig. Diese Aussage gilt verstärkt für einzelne Häuser oder einzelne DRGs. Rund 48% der DRGs zeichnen sich durch eine Gesamtüberdeckung der Kostenausreißer aus; diese DRGs enthalten analog zum Vorjahr rund 37% der Fälle der Analysemenge. Damit ist der Anteil an DRGs mit Kostenüberdeckung der Kostenausreißer im Vergleich zum Vorjahr um rund einen Prozentpunkt angestiegen.

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

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

hebliche Unterschiede zwischen den Häusern hinsichtlich ihrer Belastung durch Kostenausreißer.

Rund 57% der Häuser zeichnen sich im Datenjahr 2016 durch eine Überdeckung der Kostenausreißer und rund 43% der Häuser durch eine Unterdeckung der Kostenausreißer aus. Dieses Ergebnis zeigte sich bereits im Datenjahr 2015.

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

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

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 2018 konnten im dargestellten Maße Patientenmerkmale für Extremkostenfälle identifiziert und durch Anpassungen in der G-DRG-Systematik Verbesserungen bei der Vergütung dieser Kostenausreißer herbeigeführt werden (siehe hierzu Kap. 3.3). Die konkrete Verbesserung der Kostendeckung dieser Fälle ist, wie ausgeführt, nicht exakt ermittelbar, aber von erheblicher Bedeutung für die im Zeitverlauf verbesserte Kostendeckung. Dies gilt in gleicher Weise für Zusatzentgelte, die jedoch aus methodischen Gründen zum Teil erst mit Verzögerung im Extremkostenbericht sichtbar werden.

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

Die Krankenhausgruppe KHUniMax zeigt im Durchschnitt eine signifikant erhöhte Belastung durch Kostenausreißer hinsichtlich des Anteils an Kostenausreißern wie auch des Umfangs der Unterdeckung. Allerdings finden sich auch in der Krankenhausgruppe KHAndere Häuser mit überdurchschnittlicher Belastung hinsichtlich des Anteils an Kostenausreißern.

Für eine Vielzahl von Variablen (insbesondere solche mit Krankenhausbezug wie Fall- oder Ausreißeranzahl, Anzahl der in das Krankenhaus verlegten Patienten, Bettenzahl, Case-Mix, Case-Mix-Index und DRG-Anzahl) konnten Inhomogenitätskorrelationen nachgewiesen werden. Diese eignen sich nicht zur Erklärung der mittleren Deckung der Kostenausreißer. Das Alter und die Entfernung des Wohnorts des Patienten zum leistungserbringenden Krankenhaus zeigen keine Korrelation zur mittleren Deckung der Kostenausreißer. In allen Leistungsgruppen existiert eine stark positive Korrelation zur mittleren Deckung der Between-Fälle der jeweiligen DRG des Krankenhauses, was einen kausalen Zusammenhang nahelegt.

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

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

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

1. Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse werden auch durch die verwendete Methodik zur Berechnung der bereinigten Kosten bedingt. Würden die Kosten nach einer anderen Methodik bereinigt werden, hätte dies Auswirkungen auf die funktionale Form der betrachteten Verteilungsfunktionen und damit auf die Grenzwerte zur Bestimmung der Lower- und Upper-Kostenausreißer. Die differierenden funktionalen Verläufe und Grenzwerte würden dann im Ergebnis auch andere Fälle als Lower- und Upper-Kostenausreißer identifizieren.
2. Die geänderte Zusammensetzung in der Beteiligung von Universitätskliniken im Datenjahr 2016 hat einen Einfluss auf die Bestimmung der Verteilungsfunktionen und damit der Identifikation von Kostenausreißern bei zahlreichen DRGs insbesondere bei der spezialisierten Versorgung. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse in diesem Bereich ist entsprechend eingeschränkt. Eine einfache Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit der Universitätskliniken ist nicht möglich.
3. Die vorgegebene Methodik zur Bestimmung von Kostenausreißern führt definitionsgemäß dazu, dass bei einer Analysemenge von rund 4,6 Millionen Fällen die Anzahl der Kostenausreißer bei rund 280.000 Fällen liegt. Diese Anzahl lässt sich in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht einmal annähernd mit der gebotenen Güte analysieren. Entsprechend wurde nur ein Teil der Kostenausreißer (mit ausgeprägten Werten) einer ausführlichen Analyse zugeführt.
4. Damit verbleibt ein gewisses Maß an Ungenauigkeit hinsichtlich der Datenqualität der Kalkulationsdatensätze für Kostenausreißer, insbesondere in den Leistungsgruppen DRGAVL und DRGRegelVUD, die sich durch DRGs mit hohen Fallzahlen und ggf. „niedrigen“ Grenzwerten zur Bestimmung der Lower- und Upper-Kostenausreißer auszeichnen.
5. Die Analyse der Kostenausreißer für den Extremkostenbericht (hier: Datenjahr 2016) wurde zwar zum vierten Mal durchgeführt. Trotzdem kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden, dass einige Ergebnisse reine Zufallsergebnisse sind, die sich in der kommenden Analyse auf Basis der Daten des Jahres 2017 nicht replizieren lassen.

Unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen ist festzuhalten, dass Verallgemeinerungen der vorliegenden Ergebnisse allenfalls eingeschränkt möglich sind.

4 Ausblick

Die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen des InEK sorgen abstrahierend vom Einzelfall dafür, dass eine qualitativ hochwertige Datengrundlage für die Pflege und Weiterentwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems geschaffen wird. Dabei wurden auffällige Kostenwerte (nach oben und nach unten) einer sorgfältigen Prüfung unterzogen. Mit der vertiefenden Analyse von Kostenausreißern im Rahmen der Analysen zur Erstellung des Extremkostenberichts haben sowohl das InEK als auch die Kalkulationskrankenhäuser Neuland betreten. Entsprechend mussten auch die Kommunikationsprozesse im Laufe der Zeit neu justiert werden. Bei deutlich verbesserter Routine im Informationsaustausch zu den Kostenausreißern zwischen InEK und Kalkulationskrankenhäusern konnte die Belastung der Kalkulationskrankenhäuser im vierten Jahr der Kostenausreißeranalyse spürbar reduziert werden.

Der jährliche Prozess zur Erstellung des Extremkostenberichts wurde seit der erstmaligen Durchführung im Jahr 2014 einer kontinuierlichen Weiterentwicklung zur Optimierung des gemeinsamen Miteinanders und der inhaltlichen Analyse unterzogen. Die intensive Beschäftigung mit Kostenausreißern hat in den jeweiligen Jahren der Weiterentwicklung des Entgeltsystems zu einer deutlichen Verbesserung in der klassifikatorischen Abbildung geführt. Mit Vorlage des vierten Extremkostenberichts hat sich die bislang beobachtete Kostenunterdeckung atypischer Fälle in eine Kostenüberdeckung der Kostenausreißer gewandelt.

Mit dem Datenjahr 2016 standen zwei Neuerungen hinsichtlich der Bereitstellung von Kalkulationsdaten an. Erstmals haben acht Krankenhäuser an der Kostenerhebung teilgenommen, die auf Grundlage der Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation im Jahr 2016 zur Teilnahme ausgelost wurden. Darüber hinaus liegen die Kalkulationsdaten erstmals in einer tieferen Differenzierung vor. Neben der Differenzierung der alten Kostenstellengruppe 11 (übrige diagnostische und therapeutische Bereiche) in drei neue Kostenstellengruppen 11–13 wurde die Kostenartengruppe 6b (Einzelkosten Medizinischer Sachbedarf) in zwei Kostenartengruppen 6b und 6c getrennt. Die Differenzierung der Kostenstellengruppe 11 orientiert sich an der Leistungserbringung: Leistungsbereiche mit überwiegend diagnostischem Charakter finden sich in Kostenstellengruppe 11 (Diagnostische Bereiche), Leistungsbereiche mit überwiegend therapeutischem Charakter finden sich in Kostenstellengruppe 12 (Therapeutische Verfahren) und Leistungsbereiche, die überwiegend durch die Untersuchung von und den Umgang mit Patienten im Rahmen der stationären Aufnahme charakterisiert sind, finden sich in Kostenstellengruppe 13 (Patientenaufnahme). Die differenzierte Kostenartengruppe 6c nimmt die Sachkosten für von Dritten bezogene medizinische Behandlungsleistungen auf, die bislang in der Kostenartengruppe 6b mit enthalten waren. Insbesondere die tiefere Gliederung der Kalkulationsdaten erlaubt einen differenzierteren Einblick in die von der Differenzierung betroffenen Leistungsbereiche der übrigen diagnostischen und therapeutischen Bereiche sowie der Patientenaufnahme des Krankenhauses. Wie bei Änderungen in der Kalkulationssystematik üblich, müssen sich die Kalkulationsprozesse auf allen Ebenen noch auf die neue Systematik einstellen. Entsprechend ist davon auszugehen, dass die bereits im ersten Jahr gewonnenen Erkenntnisse durch die Analyse der kommenden Datenjahre bestätigt und ergänzt werden können.

Die Erkenntnisse aus den Analysen und dem Kommunikationsprozess des Jahres 2017 werden genutzt, um das Verfahren zur Analyse der Kostenausreißer im kommenden Jahr weiter zu verfeinern. Hinweise für Klassifikationsanpassungen werden für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2019 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. Dafür ist eine strikte Plausibilisierung der entsprechenden Kostenausreißer erforderlich, um auszuschließen, dass in die Analyse kalkulatorische Artefakte eingeschlossen werden, die zu einem verzerrten Bild bei der Betrachtung der atypischen Fälle führen könnten. Dazu werden unverändert Nach-

fragen an die Kalkulationsteilnehmer, beispielsweise zu den genauen Kostenzuordnungen bei variablen und fixen Kostenbestandteilen, erforderlich werden.

Wir sind uns der Tatsache bewusst, dass wir den Kalkulationskrankenhäusern mit den zahlreichen Rückfragen zu Kostenausreißerfällen im Laufe des Jahres erhebliche Mühen bereitet haben. 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 engagierten und konstruktiven Umgang mit den Rückfragen nicht möglich gewesen. Die Anzahl der Rückfragen war, bedingt durch die Art der Analyse, allerdings nicht gleichmäßig auf die Kalkulationsteilnehmer verteilt; insbesondere die Häuser in der Krankenhausgruppe KHUniMax hatten einen erheblichen Anteil an der Gesamtbelastung zu tragen. Dieser Tatsache Rechnung tragend, ist eine weitere Verbesserung in den Abläufen anzustreben, damit die engagierte und konstruktive Unterstützung durch die Kalkulationsteilnehmer effizienter für die Systempflege eingesetzt werden kann. Ein wesentlicher Baustein für die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen sind die Informationen der Kalkulationsteilnehmer zur Kalkulationsgrundlage. Sorgfältig, vollständig und konsistent ausgefüllte Kalkulationsgrundlagen leisten daher einen erheblichen Beitrag zur Reduktion der Nachfragen.

5 Anhang

DRG-Informationen

Für die 1.242 bewerteten DRGs des G-DRG-Systems 2018 werden die **Verteilungszuordnungen** (vgl. Kap. 2.1 und 3.4.1) sowie die **Kategorisierung der Leistungen** zu den Leistungsgruppen und den **gesondert betrachteten Leistungsgruppen** (vgl. Kap. 3.4.2) dargestellt.

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A04B	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A04C	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A04D	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A04E	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit kompl. OR-Proz. und ECMO ab 384 Stunden od. mit Polytrauma od. Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > 3220 / - Punkte	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / - und < 2353 / 1933 / 2485 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - P. oder mit sehr kompl. Eingr. und IntK > - / 2208 / - P.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorekkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte	00	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit äußerst schweren CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A11I	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, ohne äußerst schwere CC	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.	00	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A13C	Beatmung > 95 Stunden 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	ja	nein	nein	
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 828 / - P.	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Prozedur, ohne auß. schw. CC	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder schwerste CC	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	ja	nein	nein	
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen	00	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen	00	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre	00	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag	00	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC oder bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit und mehr als ein Belegungstag	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre	00	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation	00	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste	00	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit schwersten CC	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre, ohne schwerste CC	01	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B04C	Bestimmte interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B09Z	Anderer Eingriffe am Schädel	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen	01	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders	01	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff oder ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B17D	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neurop., Alt. < 19 J. od. mit schw. CC, Alt. > 15 J., ohne mäßig kompl. Eingr. od. oh. schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne auß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschunters oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B18C	Anderer Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators	01	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektroden-systems	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektroden-systemen	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre	01	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, mit intraop. neurophysiol. Monitoring oder komplexer Diagnose oder best. Gefäßinterventionen oder Bohrlochreparation mit äußerst schweren CC	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigemineuralgie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigemineuralgie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, mit Sondenimplantation	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektroden-system, ohne Sondenimplantation	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfall, mehr als 72 Std.	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B44B	Geriatrische frührehab. Komplexbehandlung bei Krankh. u. Stör. d. Nervensyst. m. schw. mot. Funktionseinschr., mit and. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls od. oh. schw. mot. Funktionseinschr., m. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder ohne schwere mot. Funktionseinschränkung, mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, weaverlegt	01	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B64Z	Delirium	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation	01	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC	01	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neural. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit auß. schw. CC	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neural. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolysen oder mit anderer neural. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolysen, mit neural. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neural. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neural. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolysen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolysen	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. auß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	01	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B75Z	Fieberkrämpfe	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit auß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B77Z	Kopfschmerzen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B80Z	Andere Kopfverletzungen	01	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung	01	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B84Z	Vaskuläre Myelopathien	01	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen	01	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose	01	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet	01	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C02A	Eukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
C02B	Eukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder bei bösartiger Neubildung des Auges	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, außer bei bösartiger Neubildung des Auges	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C05Z	Dakryozystorhinostomie	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)	02	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)	02	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exzision der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C08B	Extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand	02	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
C13Z	Eingriffe an Tränenröhre und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C14Z	Andere Eingriffe am Auge	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre	02	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen	02	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	02	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides	02	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges	02	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus	02	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D01B	Kochleaimplantation, unilateral	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D05A	Komplexe Parotidektomie	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre od. Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose, ohne Resektion des Felsenbeins	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose	03	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese	03	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	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	nein	ja	nein	
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
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	nein	ja	nein	
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	03	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen	03	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne auß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen und Tonsillen bei bösartiger Neubildung	03	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spalt Nase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation	03	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spalt Nase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung	03	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie	03	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie	03	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus	03	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre oder bei Vorhandensein einer Liquordrainage, Alter < 18 Jahre	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle	03	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E01A	Revisionsingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose	04	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E01B	Revisionsingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder InTK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mehr als 1 Belegungstag, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, ohne aufwendigen Eingriff, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag	04	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 9 und < 16 Jahre oder mit offen chirurgischer Pleurolyse mit Eingriff an Lunge/Pleura oder best. atyp. Lungenresek. oder best. Brustkorbkorr.	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbborrektur	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit auß. schw. CC oder ARDS	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre oder bestimmte invasive kardiologische Diagnostik	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit auß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung oder starrer Bronchoskopie	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, ohne starre Bronchoskopie	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit auß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. auß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre od. best. mäßig aufw. Behandl., ohne RS-Virus-Infektion	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode oder Alter < 16 Jahre außer bei Hyperventilation	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie oder mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, mit Chemotherapie	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung	04	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre	04	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	04	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompliz. Konst., ohne hochkomplexe Diagnose, ohne kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / - / - Aufwandsp., mit schwersten oder auß. schw. CC	04	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder Alter < 10 Jahre	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
E77E	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre	04	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr	04	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
E79D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, Alter > 0 Jahre	04	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenerntf. mit kompliz. Faktoren oder Zwei-Kammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer- oder Ein-Kammer-Stimulation mit auß. schw. CC oder Ein-Kammer-Stimulation mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder best. Sondenerntfernung	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder aufwendige Sondenerntfernung oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schwere CC, ohne aufw. Sondenerntfernung, ohne Implantation eines Drucksensors	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter Zweifacheingriff	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder pulmonaler Endarteriektomie oder bestimmter komplizierender Konstellation	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne pulm. Endarteriektomie, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit kompl. Eingriff	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter > 16 J.	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F03F	Herzklappeneingr. mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Dreifach- / Zweifacheingr., außer bei angeb. Herzfehler, ohne kompl. Eingr., außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, ohne invasiv. kardiolog. Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard oder bestimmter komplizierender Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Eingr. m. Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Re-OP od. best. Bypassen, mit äußerst schw. CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdom. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdom. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit auß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenerntfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenerntfernung mit komplizierenden Faktoren	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenerntfernung	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne isolierte offen chirurgische Sondenimplantation, ohne aufwendige Sondenerntfernung	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. Angioplastie, Alt < 16 J. oder inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konstellation od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenerntfernung	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt < 16 J. od. mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenernt. od. Alt > 15 J., oh. auß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenerntfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenerntfernung, ohne komplexen Eingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F19A	Anderer transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F19B	Anderer transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F19C	Anderer transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21A	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21B	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21C	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21D	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F21E	Anderer OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Haut- oder bestimmtem Gefäßeingriff	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne bestimmten Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F27D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne bestimmten Gefäßeingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen des Kreislaufsystems mit kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. oder > - / - / 552 P. mit best. Aortenstent oder minimalinv. Eingr. an mehreren Herzklappen	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 15 Jahre	05	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, mit kardialem Mapping oder mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.	05	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder mit bestimmter Ablation	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination	05	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmter Intervention	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotations thrombektomie	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen oder bestimmten Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. oder mit best. hochaufw. Beh. oder ohne kompliz. Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag bei best. akuten Nierenversagen mit auß. schw. CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte	05	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 5 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	05	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag	05	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre	05	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre	05	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre	05	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	05	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofverschluss	05	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre	05	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents	05	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff	05	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff	05	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre od. best. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit kompliz. Diagnose od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Aufwandsp. od. Komplexbeh. MRE od. komplexer Eingriff u. Alter < 10 J.	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G02B	Kompl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm oh. Eingriffe an den Verdauungsorg. bei angeb. Fehlbildung, Alt. > 1 J., oh. best. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. kompliz. Diag., oh. IntK > 392 / - / - P., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Eingriff od. Alt. > 9 J.	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G04Z	Adhäsionslyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt. > 2 Jahre u. Alter < 10 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsionslyse od. Rektopexie	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsionslyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsionslyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt. > 2 Jahre u. Alter < 10 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsionslyse od. Rektopexie	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alter > 9 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsionslyse oder Rektopexie	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G11A	Pyloromyotomie oder Anorektoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 6 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G11B	Pyloromyotomie oder Anorektoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 5 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominalen Eingriff	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
G16A	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrzeilige Enterostomaanlage und -rückverlagerung, mit kompliz. Konstell. od. plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen od. IntK > - / 368 / - P.	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell., ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Punkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
G18A	Best. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. Enterostomaanl. od. andere Eingr. am Darm m. auß. schw. CC, m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufwend. Eingr. m. auß. schw. CC, m. IntK > - / 368 / - Punkte od. m. Komplexbeh. MRE	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit auß. schw. CC, mit sehr komplexem Eingriff oder aufwend. Eingriff mit auß. schw. CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne Komplexbeh. MRE	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, Alter < 16 Jahre	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G21C	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	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	nein	nein	nein	nein
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff	06	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G26A	Andere Eingriffe am Anus, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein
G37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G47Z	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren	06	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC	06	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC	06	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	06	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag	06	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G74Z	Hämorrhoiden	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	06	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung oder Alter < 14 Jahre oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 13 Jahre, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation	07	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	07	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	07	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen	07	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT	07	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	nein
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrorgrade Endoskopie	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrorgrade Endoskopie	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H41D	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation oder bestimmte endoskopische Eingriffe	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre	07	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	nein
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	nein
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	nein

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektöse Hepatitis	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.	07	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	07	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	07	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	nein	nein	nein	
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	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrose od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrose od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrose oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrose, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I05B	Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08A	Anderer Eingr. an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingriff oder auß. schw. CC bei Zerebralpar. und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralpar. oder Kontraktur oder mit best. Eingr. bei Beckenfraktur oder InK > 392 / 368 / - P.	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08B	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08C	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule oder Alter < 6 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08D	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08E	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmter Osteotomie oder großem Eingriff an der unteren Extremität oder bei bestimmter Knocheninfektion	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08F	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit bestimmtem mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08G	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese, mehr als ein Belegungstag	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08H	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I08I	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens oder mit anderen mehrzeitigen komplexen Eingriffen	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit knöcherner Dekompression > 3 Segmente oder bestimmter Osteosynthese und Eingriff an Schädel und Rückenmark oder transpleuralem Zugang oder bestimmter Spondylodese	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmte Osteosynthese, bei Frakturen der Halswirbelsäule	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmte Osteosynthese, außer bei Frakturen der Halswirbelsäule, mit anderen komplizierenden Faktoren	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10A	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I10B	Anderer Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne auß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit auß. schw. CC und > 1 BT	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder bei best. Diszitis, bei Spinalkanalstenose oder bestimmten Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, ohne komplizierenden Eingriff an Humerus und Tibia, ohne aufwendige Osteosynthese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter Epiphyseodese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose oder BNB bestimmter Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel oder BNB bestimmter Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, mit bestimmter offener Reposition oder Implantation von alloplastischem Knochenersatz	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I13G	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation von alloplastischem Knochenersatz	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula und Schultergelenk	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen	08	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenkes, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesse	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenkes oder bei Zerebralaparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20D	Eingriffe am Fuß ohne mehrere kompl. Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen-Tx oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder Diabetes mellitus mit Komplikation oder bestimmter Osteotomie oder Gelenkoperation am Fuß	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodesse am Großzehengrundgelenk oder Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx oder bestimmter Knochen-Tx oder wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl oder Osteotomie oder Synovialektomie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodesse am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx, ohne bestimmte Knochen-Tx, ohne wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Osteotomie, ohne Synovialektomie	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I21Z	Lokale Exzision und Entfernng von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I23A	Lokale Exzision und Entfernng von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I23B	Lokale Exzision und Entfernng von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff oder mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC, mit bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder Transplantation einer Zehe als Fingersersatz, ohne bestimmte Diagnose oder ohne komplexen Eingriff	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe oder kleinflächige Gewebetransplantationen, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter < 10 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I28C	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter > 9 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompl. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I30A	Sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I30B	Arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I30D	Mäßig komplexe Eingriffe am Kniegelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochenx. bei Pseudarthrose der Hand	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I32B	Eingr. an Handgelenk und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. b. angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand u. Alter < 16 J.	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I32C	Eingr. an Handgelenk und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. oh. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I32F	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder mit bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder mit anderem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehrelageneingriffe an der unteren Extremität	08	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I44D	Anderer Endoprotheseneingriff am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur an der Hüfte oder am Knie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur an Hüfte oder Knie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopprothese oder Inlaywechsel Hüfte	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit komplexer Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit bestimmtem endoprothetischen Eingriff oder gelenkplastischem Eingriff am Hüftgelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
147C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff, ohne gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
150A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
150B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
150C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
154A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
154B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen	08	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
159Z	Anderer Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
160Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
164A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
164B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
164C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
165A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie	08	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	
165B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja	
165C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
166A	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte	08	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
166B	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
166C	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
166D	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
166E	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, mehr als ein Belegungstag, ohne auß. schw. CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
166F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
166G	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne Arthropathie, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
166H	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
168A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
168B	Nicht op. beh. Erkr. und Verl. im WS-Bereich, mehr als 1 BT, auß. bei Diszitis, mit auß. schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetrapl., mit kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetrapl. bei Diszitis	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
168C	Nicht operativ behandelte Erkr. und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein BT oder and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schw. CC oder mit schw. CC und Alter > 65 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder Kreuzbeinfraktur	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
168D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur	08	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
168E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	08	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
169A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnerkrankungen bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag	08	Log-Normal	ja	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
169B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag	08	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
171A	Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
171B	Muskel- und Sehnerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur	08	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
172Z	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	nein	nein	nein	
173Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
174A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
174B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
174C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
175A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
175B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC	08	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
176A	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
176B	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
177Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
178Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
179Z	Fibromyalgie	08	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
187Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
195Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochenersatz am Femur	08	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
197Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
198Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	08	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
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	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
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	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma mit best. LK-Exzision od. auß. schw. oder schw. CC bei BNB, mit beids. Eingr. od. Eingr. am Ovar oder große Eingr. an der Mamma bei BNB ohne kompl. Eingr., ohne best. Eingr. weibl. Geschlechtsorg. bei BNB mit Eingr. am Ovar	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff am Ovar	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J08A	Anderer 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	nein	ja	nein	
J08B	Anderer Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J08C	Anderer Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Verschiebe- oder Rotationsplastik am Augenlid	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Verschiebe- oder Rotationsplastik am Augenlid	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J11A	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J11B	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J11C	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit best. Eingriff oder Hidradenitis suppurativa	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J11D	Anderer Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff, ohne Hidradenitis suppurativa	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwendige Rekonstruktion	09	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
J21Z	Anderer Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J22Z	Anderer Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter < 10 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose	09	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC	09	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC	09	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexer Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplexe Diagnose	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 9 Jahre	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	09	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			gem. kleinstem quadrat. Abstand	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. äuß. schw. oder schw. CC, mit Eingriffen an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, oh. Thyreoidektomie durch Sternotomie	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Pkt., außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten oder mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen ohne mäßig komplexen Eingriff	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, bei bösartiger Neubildung	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen	10	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose	10	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg, oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung	10	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K63A	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
K63B	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
K63C	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
K63D	Angeborene Stoffwechselerkrankungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	10	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik	10	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	10	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekateters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie	11	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekateters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekateters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Hamblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L04A	Nieren-, Ureter- und große Hamblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Hamblaseneingriffe, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
L04B	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Hamblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Hamblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L04C	Andere Nieren-, Ureter- und große Hamblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Hamblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L06C	Andere kleine Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre, mit bestimmtem Eingriff bei Harninkontinenz	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L06D	Andere kleine Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmten Eingriff bei Harninkontinenz	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre	11	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L09A	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines 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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. 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	nein	nein	nein	
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraeingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff mit großem Eingriff am Darm	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne bestimmten Eingriff	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L16C	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines temporären Elektrodensystems	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere, od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L20B	Transurethrale Eingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie od. mit ESWL bei Harnsteinen, oh. äußerst schwere CC oder Alter < 16 J. oder Alter > 89 J.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L20C	Transurethrale Eingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff, od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
L37Z	Multiviszeraeingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	ja	ja	
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter < 6 Jahre	11	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L63C	Infektionen der Harnorgane mit auß. schw. CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder best. aufw. Beh.	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre oder bestimmte schwere Infektionen oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 2 und < 6 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre	11	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	11	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse	11	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom	11	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag	11	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie	11	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	12	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M02A	Transurethrale Prostatektomie oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M02B	Transurethrale Prostatektomie oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre	12	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre oder wenig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata oder mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden oder bei Orchitis mit Abszess oder bestimmter bösartiger Neubildung	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M04C	Eingriffe am Hoden auß. bei Fournier-Gangrän, ohne auß. schw. CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, außer bei Orchitis mit Abszess, außer bei bösartiger Neubildung, mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M04D	Eingriffe am Hoden auß. bei Fournier-Gangrän, ohne auß. schw. CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, auß. bei Orchitis mit Abszess, auß. bei bösartiger Neubildung, ohne mäßig kompl. Eingriff oder Alter > 2 Jahre	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanziopsie an der Prostata, ein Belegungstag	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds	12	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen	12	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie	12	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	12	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC	12	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie	12	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie	12	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann	12	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N01A	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszereleingriff	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N01B	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszereleingriff	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N01C	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit schweren CC	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N01D	Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel ohne äußerst schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, mit CC oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstr. von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenekt.	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt.	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
N05A	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerster schweren oder schweren CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N05B	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerster schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag	13	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Perturbation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerster schweren CC	13	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerster schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerster schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerster schwere oder schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N14Z	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. auß. schw. CC/ selekt. Gefäßembol. od. Ovariekt./kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen	13	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen	13	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerster schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerster schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie oder best. Eingriff an den Parametrien	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation	13	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerster schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerster schwere CC	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane	13	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose	13	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose	13	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte	14	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
O01B	Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., 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	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC	14	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	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	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	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	nein	nein	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	nein	nein	nein	
O02A	Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder kompliz. Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerster schweren CC	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerster schwere CC	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O03Z	Eingriffe bei Extrateringraviddität	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder Cholezystektomie oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage, oh. Muttermundverschluss, oh. Cholezystektomie, oh. kompl. OR-Prozedur, oh. bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegtag od. oh. Cerclage, Muttermundverschluss, Cholezystektomie, kompl. OR-Prozedur und best. intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten	14	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation	14	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW	14	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen	14	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen	14	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O65A	Anderer vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegtag	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
O65B	Anderer vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegtag	14	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, Beatmung > 143 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, ohne Beatmung > 143 Stunden	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrere komplexe OR-Prozeduren	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur	15	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen	15	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem	15	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem	15	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem	15	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P66A	Neugeborenes ohne sig. OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 95 Std., Aufn.-gew. 2000 - 2499 g mit meh. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. oder Aufn.-gew. > 2499 g mit meh. schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem	15	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
P67A	Neugeborenes, Aufnahme-gew. > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 48 Stunden	15	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
P67B	Neugeborenes, Aufnahme-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz. mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 48 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag od. mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Mehrling	15	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P67C	Neugeborenes, Aufnahme-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz. oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag oder mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Einling	15	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P67D	Neugeborenes, Aufnahme-gew. > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling	15	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahme-gew. > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen	15	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q01Z	Eingriffe an der Milz	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre	16	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q61A	Anderer Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC	16	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Q61B	Anderer Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC	16	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Q62Z	Anderer Anämie	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre	16	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre	16	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre	17	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R04A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R04B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC	17	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen	17	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R12A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R12B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R12C	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R13A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R13B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R14Z	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	ja	ja	nein	
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre	17	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit maß. kompl. Chemoth. mit best. kompl. Faktoren od. mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. auß. schw. CC od. schwerste CC	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC	17	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC	17	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranuloz. od. Portimplant. od. Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., mit intens. Chemoth. od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schwerste CC	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbehandlung MRE oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, oh. intensive Chemoth.	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom od. oh. best. Chemotherapie	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstellation, oh. Agranulozytose, oh. Portimpl., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Diagnostik bei Leukämie, oh. auß. schw. CC, oh. kompl. Diagnose, oh. Knochenaffektionen, oh. Knochenmarkbiopsie	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R62A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose	17	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	ja	nein	
R62B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R62C	Anderer hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R63A	Anderer akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R63B	Anderer akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC	17	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
R63C	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R63D	Anderer akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit auß. schw. CC	17	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R63E	Anderer akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R63F	Anderer akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC	17	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R63G	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
R63H	Anderer akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC	17	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	ja	ja	
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	17	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	ja	ja	
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	17	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein	
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre	17	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	ja	ja	
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur	18A	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag	18A	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	ja	nein	
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation	18A	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation	18A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
S65A	Anderer Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC	18A	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
S65B	Anderer Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC	18A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten oh. best. komplexe OR-Prozedur, oh. komplizierende Konstellation, außer bei Z.n. Organ-Tx, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem Eingriff an Hüftendoprothese, Brustwand, Pleura, Pankreas, Magen	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T01C	OR-Proz. bei infek./parasit. Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz. oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. Ingr. an Hüftendoproth., Brustw., Pleura, Pankr., Magen, m. best. Ingr. bei best. Sepsis od. best. operativen Ingr.	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Ingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, mit best. mäßig komplexem Eingriff	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Ingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, oh. best. mäßig komplexen Eingriff	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para-/Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				gem. kleinstem quadrat. Abstand	DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. Intk > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC	18B	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte	18B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., mehr als ein Belegungstag	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., ein Belegungstag	18B	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre	18B	Log-Normal	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose	18B	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten	18B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen	19	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U63Z	Schwere affektive Störungen	19	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	19	Log-Normal	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit	19	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
V40Z	Qualifizierter Entzug	20	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit	20	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug	20	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	20	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	20	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder Intk > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit Intk > 588 / 552 / - Aufwandspunkte	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder Intk > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne Intk > 588 / 552 / - Aufwandspunkte	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	ja	nein	nein	
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose	21A	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose	21A	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC	21B	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff	21B	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC	21B	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers	21B	Log-Normal	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe	21B	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten	21B	Gamma	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata	21B	Weibull	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	

DRG	DRG-Bezeichnung	MDC	Zuordnung								
			Verteilung	Leistungsgruppen				Gesondert betrachtete Leistungsgruppen			
				DRG AVL	DRG SVL	DRG Regel VUD	DRG Max VUD	DRG Intensiv	DRG Onko	DRG Kinder Onko	
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung	21B	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte	22	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y02B	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.	22	Weibull	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y02C	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.	22	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC	22	Log-Normal	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre	22	Gamma	nein	nein	nein	ja	nein	nein	nein	
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag	22	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation	23	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff	23	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff	23	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)	23	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik	23	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik	23	Weibull	nein	ja	ja	nein	nein	ja	nein	
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontakianlass	23	Gamma	nein	ja	ja	nein	nein	nein	nein	
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontakianlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage	23	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung	23	Gamma	ja	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende	23	Weibull	nein	ja	nein	ja	nein	nein	nein	
801A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte	24	Weibull	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation	24	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur	24	Gamma	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht	24	Log-Normal	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein	