

„G-DRGs 2007“

Klassifikation und Bewertung

DKG-Informationsveranstaltung

Das G-DRG-System 2007

Berlin, den 27. September 2006

Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer InEK gGmbH

Agenda

1. Zusammenfassung
2. Methodik
3. Klassifikatorische Überarbeitung
4. Ergebnisse
5. Fazit
6. Nächste Schritte

Agenda

1. Zusammenfassung

Kalkulationsbasis

Krankenhäuser

➤ Krankenhäuser mit Vereinbarung	296
➤ Krankenhäuser mit einer Zusage zur Kalkulationsdatenlieferung	277
- davon Teilnehmer im Jahr 2005	197 (71%)
- davon „Neueinsteiger“	80 (29%)
- davon später Rückzug der Zusage	14 (5%)

Kalkulationsbasis

Krankenhäuser

➤ Krankenhäuser mit Zusage	263
- Ausschluss aufgrund Plausibilitätsprüfungen	24*
- Ausschluss aufgrund 20%-Regel	14
➤ Verbleiben in der Kalkulationsstichprobe	225
- davon Universitätskliniken	10
* Davon im Konsens mit Krankenhaus	11
Zum Vergleich: Kalkulationsstichprobe 2005	214

Kalkulationsbasis

Krankenhäuser

- Gesamtlöschungen
 - 38 Krankenhäuser (14% der Zusagen zur Datenlieferung)
 - 942.877 Fälle (22% aller Fälle)

Kalkulationsbasis

Falldaten

Fallzahl (Kosten- und Leistungsdaten)				
	Rohdaten	Vergleich zum Vorjahr	Nach Abschluss Plausibili- sierungen	Vergleich zum Vorjahr
Gesamt	4.239.365	+20%	2.863.115	+0,4%
Hauptabteilung	3.624.721	+16%	2.427.963	-6%
Belegabteilung	88.978	+86%	60.426	+90%
Teilstationär	525.666	+43%	374.726	+50%

G-DRG-System 2007

➤ DRGs	1.082 (+128)
- davon im FP-Katalog	1.035 (+123)
- davon nicht bewertet (Anlage 3)	42 (+ 2)
- davon rein teilstationäre DRGs	5 (+ 3)
➤ Ein-Belegungstag-DRGs	
- Explizit	18 (+ 1)
- Implizit	244 (+ 3)

Zusatzentgelte

- Zusatzentgelte mit Bewertung (Anlage 2) 59 (+19)
- Zusatzentgelte ohne Bewertung (Anlage 4) 46 (+4)

Vorschlagsverfahren

- 114 (-10) Vorschläge von Fachgesellschaften und Verbänden
- 71 (-33) Vorschläge anderer Einsender
- 960 „plus“ (-110) rechenbare Vorschläge
 - Etwa 32% davon umgesetzt oder „Problematik im Sinne des Vorschlags gelöst“

Verweildauer-Analyse

V2006 (Daten 2004) vs. V2006 (Daten 2005)

Delta Mittl. VWD	Anzahl DRGs in Kalk.daten	Anzahl DRGs in §21-Daten	Fallanteil in §21-Daten
< -2,0	145	86	1,5%
[-1,1 ; -2,0]	107	119	8,0%
[-1,0 ; -0,1]	455	561	86,3%
0	3	1	0,0%
[0,1 ; 1,0]	116	71	3,9%
[1,1 ; 2,0]	29	12	0,2%
> 2,0	37	20	0,1%

Basis: Hauptabteilung, med. plausibilisiert, ohne expl.
Ein-Belegungstag- / nicht bewertete DRGs

Verweildauer-Analyse

V2006 (§21-Daten 2004) vs. V2006 (§21-Daten 2005)

Mittelwert Verweildauer

§21-Daten 2004: **7,94** Tage

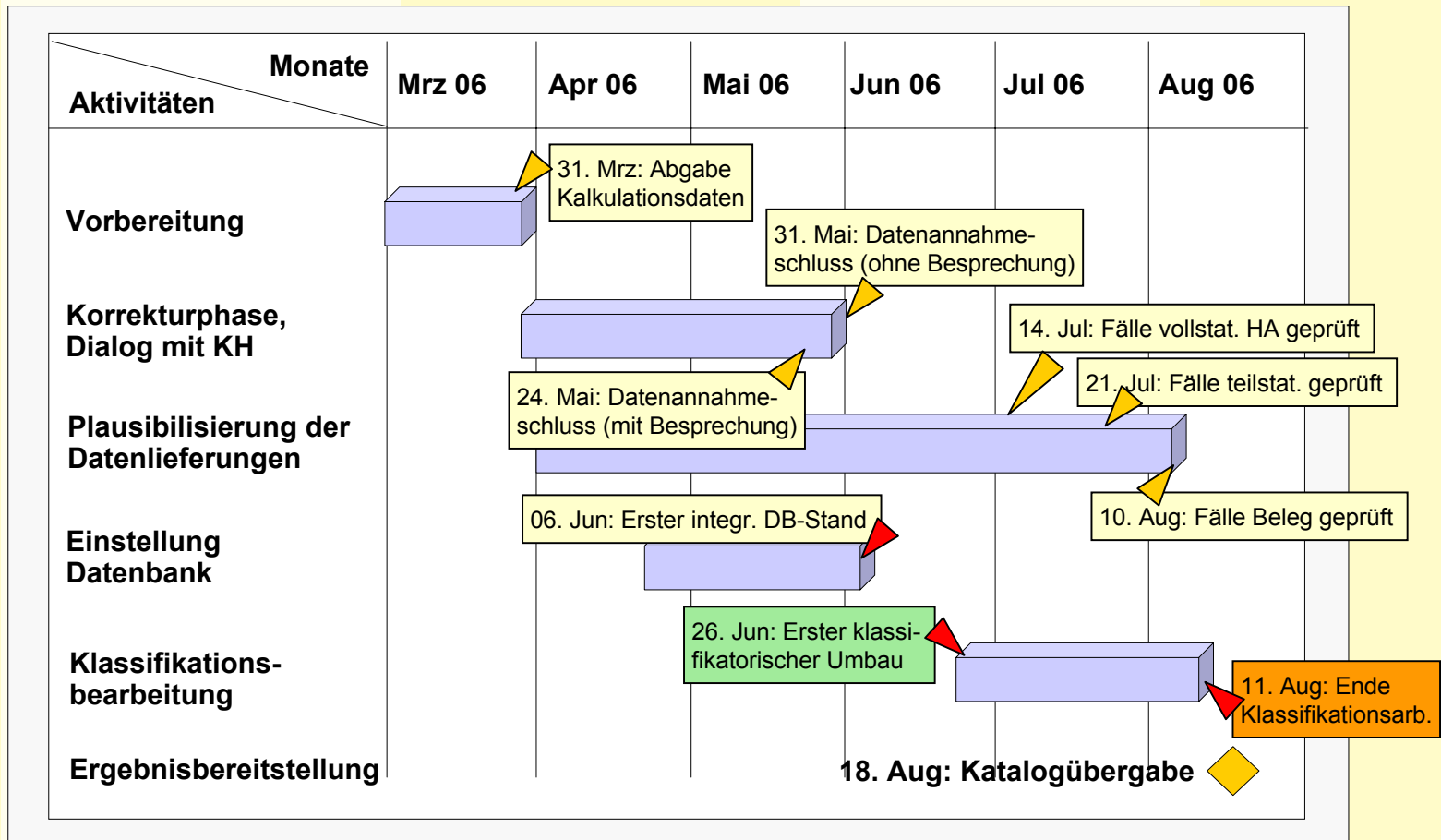
§21-Daten 2005: **7,62** Tage

(Delta: - 0,32 Tage absolut, - 4,0% relativ)

Jeweils ca. 14,7 Mio Fälle

Basis: Hauptabteilung, med. plausibilisiert, ohne expl.
Ein-Belegungstag- / nicht bewertete DRGs

Zeitraum



Agenda

2. Methodik

Methodik: Bewährtes...

Unverändert!

- Fallzusammenführung:
Weitgehende Abbildung der Zusammenführungsregeln
- Vergütung der Langlieger und Kurzlieger:
Anpassungen an die tatsächliche Kostensituation
- Verlegungsabschlag:
Differenzierte Berücksichtigung der Kosten- und Versorgungssituation
- Zusatzentgelte:
Vergütung des Mehraufwands außerhalb der Streuung der DRG

...und Weiterentwicklungen

Schwerpunkte: Anpassungen:

Plausibilitäts-
prüfungen

CC-Matrix

Teilstationäre
Leistungen

Belegpatienten

Bezugsgröße

Regelwerk
im Kern
unverändert

Plausibilitätsprüfungen

Weiterentwickelter Ansatz



Plausibilitätsprüfungen

Formale und inhaltliche Konformität

Formale Konformität

Methodisches Vorgehen entspricht dem Kalkulationshandbuch

Inhaltliche Konformität

Kostenzurechnung entspricht dem unterschiedlichen Behandlungsaufwand



Kalkulationsergebnis: Kosten je Behandlungsfall

? Fragestellung: Passen die errechneten Kosten zu der erbrachten Leistung ?

Plausibilitätsprüfungen

Abfrage ergänzender Informationen zum Verfahren

Kalkulationsgrundlage

- Summe DRG-rel. Kosten
- Anzahl kalkulierte Fälle
- Abgrenzungstatbestände
- Nicht med. Infrastruktur

Kalkulationsbereiche

- Normalstation:
Dokumentation gem. PPR, Summe Minuten
- OP-Bereich/Anästhesie:
Dokumentation OP-/AN-Zeiten, Summe Minuten

Analyse durch KH / InEK

- Kosten-/Fallzahl-Veränderungen,
- Vollständig. Abgrenzung,
- Entlastung Infrastr.-KST

Plausibilisierung von

- Leistungszeiten,
- Kostensätzen

Plausibilitätsprüfungen

Resumée

- Anforderungen insbesondere für Erstteilnehmer spürbar gewachsen
- Weiter intensivierte Kommunikation und Datenaustausch in der Korrekturphase
- Durch ergänzende Verfahrensinformationen stärkere Transparenz der Kalkulationsbasis an „kritischen Stellen“
- Systematischer Prüfansatz auf Krankenhausebene mit guter Akzeptanz bei den Krankenhäusern
- Zahl der Datensätze mit guter Kalkulationsqualität gewachsen

CC-Matrix

Ausgangssituation / Problemstellung

- Bisher keine wesentlichen Änderungen im Vergleich zum australischen System, lediglich Bereinigung von eklatanten „Unstimmigkeiten“
- Kein geeignetes Regelwerk für die Herangehensweise
- Expliziter Auftrag zur Überprüfung und Bearbeitung der CC-Matrix

CC-Matrix Methodik

- Etablierung einer stringenten Methodik für die Beurteilung von Veränderungen der CC-Matrix
- Änderungen werden auf zwei DRG-Versionen untersucht:
 - Bestehende DRG-Version 2005/2006 – ca. 950 DRGs
 - Vollständig nach PCCL > 2 und PCCL > 3 gesplittete DRG-Version 2005/2006 (außer MDC15) – ca. 2.500 DRGs

CC-Matrix Methodik

- Voraussetzung für die Umsetzung einer Veränderung:
einheitliche positive Veränderung des R^2 -Wertes in beiden Systemen sowohl auf alle Fälle als auch auf Inlier
- Durch dieses Vorgehen wird gewährleistet, dass sich eine Veränderung der CC-Matrix bei sämtlichen existierenden und möglichen PCCL-Splits positiv auf das Gesamtsystem auswirkt
- Somit können Aufwandsunterschiede einzelner Diagnosecodes spezifisch untersucht werden

CC-Matrix Methodik

- Identifizierung von zu überarbeitenden Codes
- Untersuchung:
 - Beschreiben die derzeit CC-relevanten Diagnosen
Aufwandsunterschiede?
 - Können bei nicht CC-relevanten Diagnosen
Aufwandsunterschiede identifiziert werden?
- Der Fokus bei der Identifizierung lag auf häufig kodierten, streitbefangenen und vermeintlich aufwändigen / nicht aufwändigen Codes

CC-Matrix

Vorgehensweise - Kodestreichung

- Analyse von bereits CC-relevanten Codes mit vermeintlich geringem Einfluss auf den Behandlungsaufwand
- Ca. 200 ICD-Kodes wurden auf Streichung aus der CC-Matrix untersucht (372 Einzelrechnungen)
- 28 Diagnosen konnten aus der CC-Matrix gestrichen werden
- Insbesondere unspezifische Diagnosen z.B. *169.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet*

CC-Matrix

Vorgehensweise - Kodeabwertung

- Prüfung der CC-relevanten Codes auf Abwertung, die nicht gestrichen werden konnten und für die Hinweise auf eine Überbewertung in der CC-Matrix bestanden (40 ICD-Kodes in 358 Einzelrechnungen)
- Untersuchung in 5 verschiedenen Abwertungsstufen („CCL 1 bis 4“)
- 17 Diagnosen konnten abgewertet werden
- Insbesondere Diagnosen aus dem Symptomkapitel z.B. R63.3 *Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung* bzw. Inkontinenzcodes

CC-Matrix

Fazit

- In ca. 1.600 Einzelrechnungen wurden 79 Diagnosen ermittelt, die aufwandsgerecht abgebildet werden konnten:
 - 28 Kodestreichungen
 - 17 Kodeabwertungen
 - 15 Kodeaufnahmen
 - 19 Kodeaufwertungen
- Erheblicher Aufwand mit massivem Rechnungsbedarf durch die Anzahl der parallelen Rechnungen

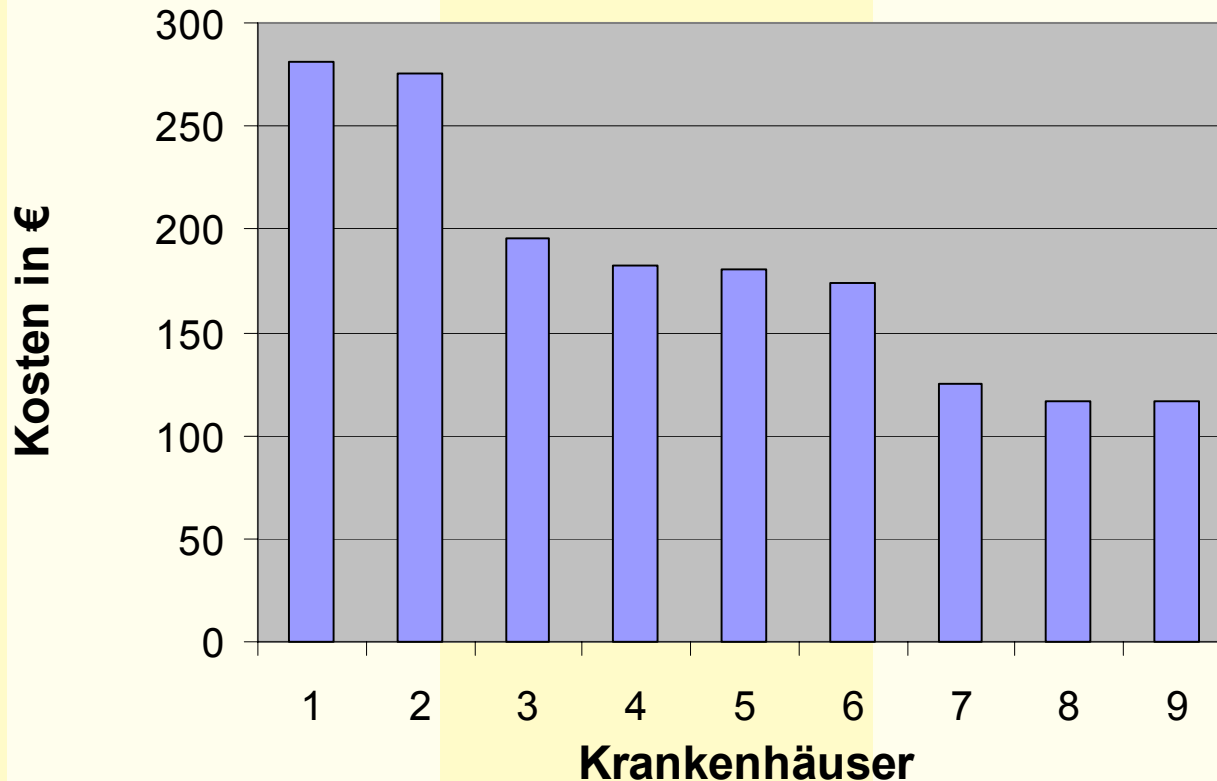
Teilstationäre Leistungen

Geriatrische Komplexbehandlung

- „Leistungsbeschreibung“ vorhanden: teilstationärer OPS
- Umfassende Datenlieferung erfolgt
- aber:
- Mehrgipfelige Kostenverteilung zwischen den Krankenhäusern
- Dominanzkriterium verletzt

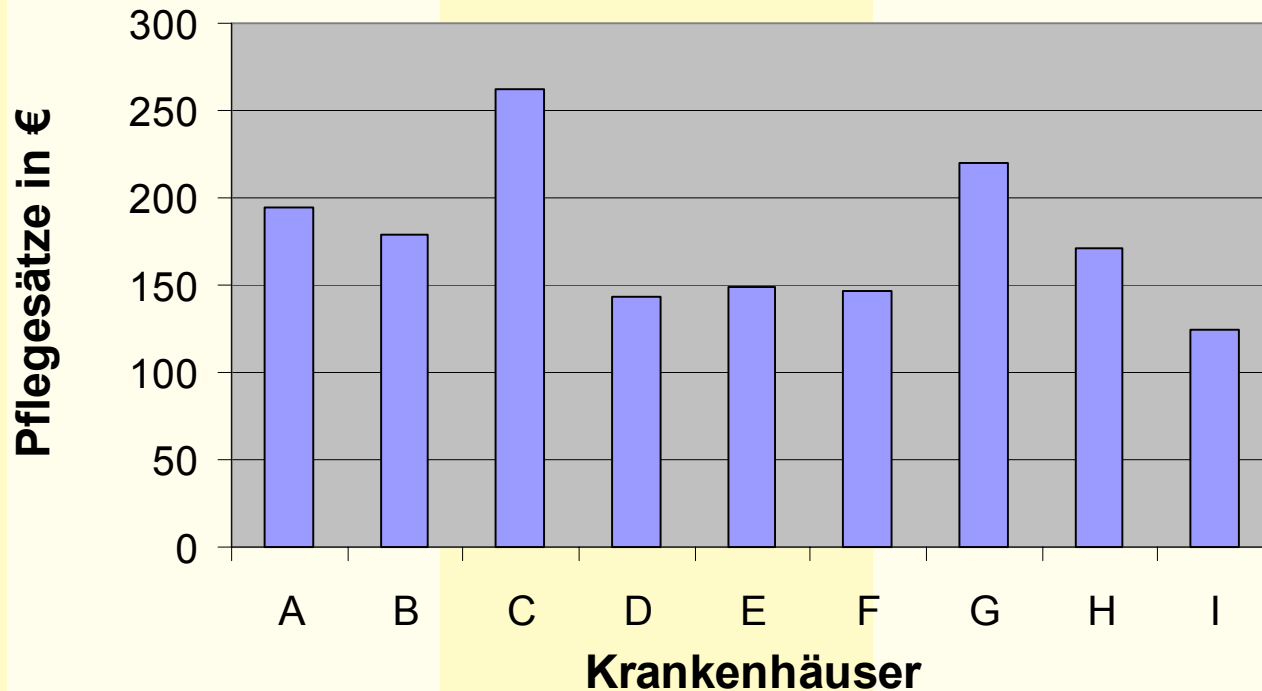
Teilstationäre Leistungen

Geriatrische Komplexbehandlung - Kostenverteilung



Teilstationäre Leistungen

Geriatrische Komplexbehandlung – vereinbarte Pflegesätze Geriatrie



Teilstationäre Leistungen

Geriatrische Komplexbehandlung –
Kosten nach Kostenarten

Krankenhaus	Kostenanteil in %		
	Sachkosten	Personalkosten	Infrastrukturkosten
1	3	60	37
2	4	53	43
3	6	56	39
4	5	70	25
5	3	66	31
6	3	77	20
7	6	47	47
8	5	46	49
9	17	37	46
Mittelwerte	4	55	41

Teilstationäre Leistungen

Geriatrische Komplexbehandlung

Zuordnung der Kontakte anhand des OPS 8-550

Episode	Fälle gesamt	Kontakte gesamt	Mittelwert Kontakte je Fall	Anteil Fälle gesamt	Anteil Kontakte gesamt
1 - 6 Tage	41	135	3,3	3%	1%
7 - 13 Tage	264	2.717	10,3	21%	11%
14 - 20 Tage	602	10.186	16,3	47%	43%
21 - 27 Tage	219	5.075	23,2	17%	21%
28 - 34 Tage	88	2.670	30,3	7%	11%
bis 66 Tage	68	3.033	44,6	5%	13%
Gesamt	1.282	23.816	18,6	100%	100%

Teilstationäre Leistungen

Ergebnis für 2007

- 5 tagesbezogene DRGs
 - Geriatrie (2 DRGs)
 - Kinderdialyse
 - Erwachsenenendialyse mit / ohne Peritonealdialyse
- Davon bewertet: Erwachsenenendialyse ohne Peritonealdialyse

Teilstationäre Leistungen

Fazit und Ausblick

Unverändert!

- Fehlende Leistungsdefinition = Kalkulationsunmöglichkeit
- Vereinheitlichung von Abrechnung und Kalkulation erforderlich
- Konsequente Anwendung der Kalkulationsvorschriften
- Spezifische Kalkulationsvorgaben teilstationär
- Kontaktbezogene OPS-Dokumentation
- Anpassung Krankenhaus-Informationssysteme

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Kalkulationsansatz

- Unveränderte Übernahme der normativ-analytischen Ableitung aus dem Vorjahr
- Detailliertere Analysen und Plausibilisierungen, insbesondere bei Hebammen und Anästhesisten:
 - keine Kalkulation bei zweifelhaftem Beleg-Status
- Angehobene Kalkulationsbedingungen

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Kalkulationsbedingungen

- Keine Mischfälle
- Mindestens **80 Fälle** pro DRG [2005: 40 Fälle]
- Mindestens **4 Krankenhäuser** [2005: 3 KHs]
- Homogenitätskoeffizient von mindestens 65%
- Dominanzkriterium von maximal 66%
(faktisch 61%)

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Kalkulationsbedingungen

- Verschärfung für DRGs mit Abschlag $> 40\%$ [2005: $> 30\%$]
 - Mindestens **100 Fälle** pro DRG [2005: 80 Fälle]
 - Mindestens **5 Krankenhäuser** [2005: 3 KHs]
 - Homogenitätskoeffizient von mindestens 70%
 - Dominanzkriterium von maximal 50%
(faktisch 44%)

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2007

- 43.606 Fälle [2005: 16.678]
- 64 kalkulierte DRGs [2005: 54]
- Entspricht 65% aller Belegfälle der §21-Daten [2005: 63%]

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2007

- Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

	DRG kalkuliert	DRG abgeleitet
Bis 10%	3	200
Über 10% bis 20%	8	468
Über 20% bis 30%	19	39
Über 30% bis 40%	27	
Über 40% bis 50%	7	
Mittelwert (ungew.)	28,4%	14,7%

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2007

- Verteilung der Verweildaueranpassung

	Anzahl DRG
VD-Anpassung (Zu- und Abschläge) - davon Zuschläge: 146	489
Keine Anpassung, nur Abzug Arztkosten	218
Tatsächlich kalkulierter Abschlag	64
Gesamt	771

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2007

- Verweildaueranalyse Haupt- und Belegabteilungsfälle

Mittlere Verweildauer	Anzahl DRG	Anteil Belegabteilungsfälle
Identisch	18	2%
Hauptabteilung höher	559	74%
Belegabteilung höher	179	24%

(Datenbasis: §21-Daten, med. plausibilisiert, ohne Mischfälle, ohne expl. Ein-Belegungstag-DRGs)

Bezugsgröße

Unveränderter Ansatz

- Bestimmung der Bezugsgröße:
Konstanter nationaler Casemix in §21-Daten
(= konstante Summe effektiver Bewertungsrelationen
in §21-Daten)
- Minimierung des nationalen Liquiditätseffektes

Bezugsgröße

Datenbasis

- §21-Daten
- Keine Berücksichtigung von
 - Teilstationären Leistungen
 - Behandlungsfällen, die entweder im Katalog 2006 oder im Katalog 2007 nach Anlage 3 vergütet werden

Bezugsgröße

Datenbasis

- Plausibilisierung durch
 - Fehlerverfahren (insbesondere Kodierfehler)
 - Zusätzliche medizinische Prüfung im InEK (wie für Kalkulationskrankenhäuser)
 - Fallzusammenführung (wie für Kalkulationskrankenhäuser)
 - Effektive Bewertungen gemäß Abrechnungsbestimmungen
 - Kostendaten aus Kalkulationsstichprobe

Unverändert!

Bezugsgröße

Datenbasis – Vorhersage 2007

- Soweit möglich Berücksichtigung bei Hochrechnung auf Grundgesamtheit:
 - Umbau „Multiresistente Erreger (MRE)“
(Umverteilungswirkung innerhalb des Systems)
 - Umbau „Qualifizierter Entzug“
(Umverteilungswirkung innerhalb des Systems)
 - Fehlkodierungen bei der Schlaganfallbehandlung
innerhalb der Kalkulationsstichprobe (Stroke Units)

Bezugsgröße

Datenbasis – Vorhersage 2007

- Soweit möglich Berücksichtigung bei Hochrechnung auf Grundgesamtheit:
 - Neu bewertete Zusatzentgelte (höhere Kostenbereinigung)
 - Integration von Zusatzentgelten in die Klassifikation (geringere Kostenbereinigung)
 - Zusatzentgelt „Palliativmedizin“ (Kostenbereinigung)

Bezugsgröße

Datenbasis – Vorhersage 2007

- Keine Korrektur bei Hochrechnung auf Grundgesamtheit:
 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung (SAPS/TISS) (Überliegerkorrektur)
 - Inhaltlich unveränderte, bewertete Zusatzentgelte (in etwa gleichbleibende Kostenbereinigung)
 - Fehlerhafte OPS-Dokumentation der Mehrzeitigkeit (fehlerhafte Erfassung nicht messbar)

Bezugsgröße

Datenbasis – Vorhersage 2007

Casemix-Volumen der zu berücksichtigenden Tatbestände

Tatbestand für Korrektur	geschätztes Casemix-Volumen (Intervall)
Multiresistente Erreger	[25.861 bis 27.043]
Qualifizierter Entzug	[2.849 bis 6.571]
Stroke Units	[19.198 bis 24.678]
Neu bewertete Zusatzentgelte	[8.216 bis 10.784]
Aufgelöste Zusatzentgelte	[- 5.356 bis - 3.852]
ZE "Palliativmedizin"	[3.098 bis 3.502]
Summe (im Mittel)	61.296

Bezugsgröße

- Die Bezugsgröße für 2006 betrug 2.836,00 €
Casemix V2006: 16.033.965
- Die Bezugsgröße für 2007 beträgt **2.735,50 €**
Casemix V2007: 15.972.669

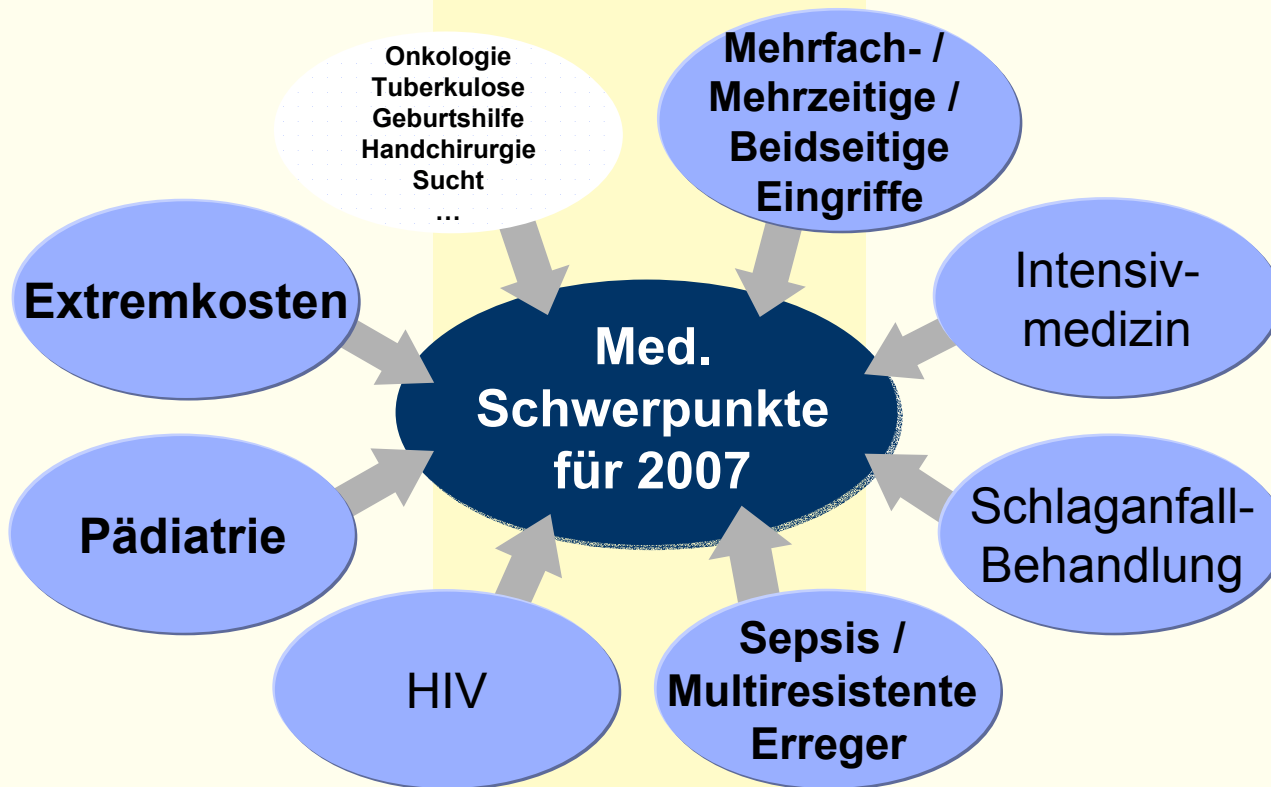
Delta Casemix: - 61.296
(dies entspricht -0,38% des Casemix V2006)

Agenda

3. Klassifikatorische Überarbeitung

Klassifikatorische Überarbeitung

Übersicht



Mehrfacheingriffe

Unterschiedliche Konstellationen

- **Mehrfacheingriffe im engeren Sinn** = mehrere Eingriffe in einer Sitzung
- **Mehrzeitige** Eingriffe = mehrere Eingriffe in mehr als einer Sitzung: an mehr als einem Tag
- **Beidseitige** Eingriffe = in ein oder zwei Sitzungen möglich
- Expliziter Auftrag der Selbstverwaltung zu diesen Problematiken

Mehrfacheingriffe

Ausgangssituation / Problemstellung

- In G-DRG Version 2006 umfangreiche Berücksichtigung von Mehrfacheingriffen, z.B. Funktion „Eingriffe an mehreren Lokalisationen“
- Hinweise auf einzelne Definitionslücken, z.B.
 - OP an Becken und Brustwirbelsäule
 - OP an Schienbeinkopf und Außenknöchel
 - OP an Unterarm rechts und Oberarm links

Mehrfacheingriffe

Beispiel einer im Detail verbesserten Definition

- Fall mit Eingriff an Oberarm (proximaler Humerus) und Unterarm/Handgelenk (distaler Radius)
- Nach G-DRG 2006 → **DRG I13B**, da Oberarm und Unterarm grundsätzlich als „benachbart“ gelten → daher keine Höhergruppierung
- In G-DRG 2007 → **DRG I13A**, da dieser Fall jetzt als Eingriff an mehreren Lokalisationen gewertet wird (Oberarm und Unterarm am Ellbogengelenk gelten weiterhin als „benachbart“)

Mehrzeitigkeit

Ausgangssituation / Problemstellung

- Mehrzeitige Eingriffe im strukturierten Dialog häufig als Problem geschildert
- Extremkostenfälle oft mit mehrzeitigen Eingriffen
- Bisher vom Grouper nicht abgegrenzt von Mehrfacheingriffen (Logik „zwei Prozeduren aus ...“)
- Gruppierung erfolgte anhand des führenden Eingriffs oder bestenfalls in DRGs für Mehrfacheingriffe

Mehrzeitigkeit

Ausgangssituation / Problemstellung

- Prüfung der Daten aus 2005 zeigt:
 - Erfassung des OP-Datums erfolgt bereits weitgehend vollständig
 - Kaum technische Artefakte (z.B. OP mit zwei verschiedenen Daten erfasst, aber nur einmal erbracht)
 - Reihenfolgeproblematik
- Definition mehrzeitiger DRGs erfordert eine Erweiterung der Grouperlogik (→ Grouperzertifizierung)

Mehrzeitigkeit

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Systematische Untersuchung typischer Fälle mit hochaufwändigen Mehrfacheingriffen
- Trennscharfe Definition in geeigneten MDCs, Prüfung der Prozedurentabellen auf Fehlanreize
→ in der Regel zählen nur komplexe Eingriffe
- Keine Berücksichtigung banaler mehrzeitiger Leistungen oder wenig aufwändiger Konstellationen
- Kurz: Mehrzeitigkeit in diesem Sinne bedeutet **nicht** „jeder zweimal operierte Patient“

Mehrzeitigkeit

Beispiel: Neue DRG H33Z

- *Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankh. und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*
Relativgewicht 6,648 (nur SAPS-DRG teurer)
- Definition **trifft zu** für:
 - Teilentfernung des Pankreas und nachfolgend Magenteilresektion oder Entfernung eines Darmabschnitts bei schwerer Pankreatitis
- Definition **trifft nicht zu** für:
 - Laparoskopie und Gallenblasenentfernung
 - Gallenblasen-OP und Gallengangrevision

Mehrzeitigkeit

Ergebnis für 2007

- In 8 MDCs neue DRG „mehrzeitige komplexe OR-Prozedur“ (MDC01, 03, 07, 10, 11, 13, 18B, 21B)
- Mehrzeitigkeit als neues Splitkriterium in 3 bestehenden DRGs, z.B. I32A *Mehrzeitiger komplexer Eingriff an Handgelenk und Hand*
- In MDC05 neue DRG F53 *Bypassoperation mit mehrzeitigem Eingriff*
- Fälle mit mehrzeitigem Eingriff in den neu definierten DRGs im Mittel um 38% höher vergütet, Volumen der Umverteilung rund 50 Mio. €

Beidseitige Eingriffe am Beispiel Augenheilkunde

- Neuer Split der DRG C08 (Linsenoperation beim grauen Star):
- C08A beidseitiger Eingriff
C08B einseitiger Eingriff
- → Verhinderung eines Anreizes zur Fallzahlsteigerung

Sepsis / Multiresistente Erreger

Ausgangssituation / Problemstellung

- Mehrfache Hinweise zur Problematik der multiresistenten Erreger aus dem strukturierten Dialog
- Bisher eingeschränkte Analysemöglichkeiten durch:
 - Fehlenden kostentrennenden Leistungsbezeichner (OPS-Kode für Komplexbehandlung)
 - Wenig belastbare vorhandene Diagnosecodes („Erreger mit Antibiotikaresistenzen“, „Isolierung als prophylaktische Maßnahme“)
- Etablierung eines neuen Komplex-Kodes in 2006

Sepsis / Multiresistente Erreger

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Schließen der Kalkulationslücke durch ergänzende Datenlieferung
- Systematische Analyse der Abbildung von Fällen mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern
- Überprüfung ergänzender Attribute auf ihre CC-Relevanz (Kodes für „Erreger mit Antibiotikaresistenzen“)

Sepsis / Multiresistente Erreger

Ergebnis für 2007

- 5 neue DRGs (F77Z, G77Z, K25Z, K77Z, T77Z) anhand *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern*
- Bei 2 DRGs Komplexbehandlung als höher gruppierendes Merkmal (E77A, L63A) → DRG sparend
- Aufnahme verschiedener Codes (5 von 11) für „Erreger mit Antibiotikaresistenzen“ in die CC-Matrix gelungen

Sepsis / Multiresistente Erreger

Beispiel für Abbildung hochaufwändiger Fälle

- Fall mit Diabetes und Amputation der Kleinzehe, der aufgrund multiresistenter Erreger isoliert werden muss und vom Verlauf deutlich aufwändiger ist (Kosten und VWD)
- Nach G-DRG 2006 → **K13Z** *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus [...]* (RG: 1,586)
- Nach G-DRG 2007 → **K25Z** *Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern* (RG: 3,019)

Sepsis / Multiresistente Erreger

weitere Abbildungsvarianten

- 2 neue Basis-DRGs für „Komplexe Vakuumbehandlung“ (G35Z, I98Z)
- Behandlung von Wundinfektionen / septischen Krankheitsbildern: verbesserte Abbildung durch Mehrfacheingriffe und Mehrzeitige Eingriffe

Pädiatrie

Ausgangssituation / Problemstellung

- 106 DRGs mit Kinder-Alterssplits (exklusive Kapitel Neugeborene)
- Erneute Hinweise auf zusätzlich zu etablierende Alterssplits
- Zusätzlich Hinweise auf Extremkostenfälle

Pädiatrie

Ergebnis für 2007

- neue DRGs mit Kinder-Alterssplit = 154 (insgesamt 260)
davon sind insgesamt
 - 46 neue explizite Altersplits
 - 26 neue implizite Altersplits

Pädiatrie

Ergebnis für 2007

- Verbesserung der Abbildung von Neugeborenen mit Beatmung > 24 Stunden und Entlassgrund „Verlegung“ bei VWD < 5 Tagen durch Höherstufung in DRG P60B
- Anhebung der Beatmungsschwelle der DRG P04A von > 120 auf > 240 Stunden
- Aufnahme von Diagnosen in die Funktion „Schweres Problem beim Neugeborenen“

Pädiatrie

Ergebnis für 2007

- Abbildung von Fällen mit Erkrankungen der Perinatalperiode z.B. Neugeborenenikterus, Alkoholembryopathie und Alter > 28 Tagen in spezifischen DRGs statt in der Fehler-DRG
- Abbildung der konservativ therapierten Milzverletzungen bei Kindern < 16 Jahre in DRG Q60A
- Etablierung multipler zusätzlicher Alterssplits
- Spezifische Abbildung intensivmedizinisch versorgter Kleinkinder in den Beatmungs-DRGs

Pädiatrie

Ergebnis für 2007

- Abbildung von Eingriffen an Dünn- und Dickdarm bei angeborenen Fehlbildungen des Darmes in DRG G18A
- Verbesserung der Abbildung von angeborenen Fehlbildungen an der Hand, z.B. in Basis-DRG I32
- Etablierung zusätzlicher kinderspezifischer Diagnosesplits, z.B. für Stoffwechselstörungen
- Zusätzliche DRGs in der Kinderkardiologie
- u.v.a. mehr

Pädiatrie

Zusatzentgelte - Kinderdosisklassen

- Überprüfung der bestehenden Kinderdosisklassen (2006: 11 Kinderdosisklassen)
- Neuetaблиerung von Kinderklassen bei:
 - 5 bereits bestehenden ZE
 - 7 von 9 neuen bewerteten ZE
 - 3 von 5 neuen unbewerteten ZE
- Davon speziell Etablierung des ZE79 *Gabe von Busulfan, parenteral* ausschließlich für Kinder < 15 Jahre

Extremkosten

Ausgangssituation / Problemstellung

- Hinweise auf noch unzureichende Abbildung von Extremkostenfällen in G-DRG 2006
- Explizite Bitte im Dialog der Selbstverwaltung auf Prüfung der Problematik
- Hochaufwändige Fälle in einer Vielzahl von DRGs
- Analyse zeigt verschiedene Ursachen:
 - Echte Abbildungsschwächen in G-DRG 2006
 - Noch nicht kodierbare aufwändige Leistungen
 - Kodier- und Kalkulationsfehler
 - NUB-Leistungen

Extremkosten

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Konsequente Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation bei **bekanntem Problembereichen:**
- Versorgung von Kindern
- Intensivmedizin
- Mehrfach-, mehrzeitige und beidseitige Eingriffe
- Multiresistente Erreger
- HIV, MS, TBC

Extremkosten

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Systematische Prüfung auf seltene, aber extrem teure Fälle
- Möglichst Abbildung innerhalb der G-DRG-Klassifikation, auch bei kleinen Fallzahlen
- Suche auch nach nicht benannten Abbildungsschwächen in G-DRG 2006

Extremkosten

Beispiel einer echten Abbildungslücke

- In MDC13 (*Krankh. und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane*) werden einige Fälle mit hochaufwändigen Eingriffen DRGs für banale Eingriffe zugeordnet, da z.B. Operationen am Darm in dieser MDC nicht gruppierungsrelevant
- Betroffen sind über 2.000 Fälle in §21-Daten
- Bislang kein Hinweis im Vorschlagsverfahren zu dieser Problematik (Zufallsfund)

Extremkosten

Schließen der Abbildungslücke

- Neue DRG N34Z *Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane* (RG 3,836)
- Ein Teil der Fälle stammt aus DRGs mit Relativgewicht < 1,000
- DRG enthält auch mehrzeitige Eingriffe

Extremkosten

Beispiel für neue DRG mit kleinen Fallzahlen

- *K63B Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre mit komplexer Diagnose, Relativgewicht 1,412; mittlere VWD 7,7*
- Etwa 250 Fälle in Deutschland
- Enthält sehr seltene angeborene Stoffwechselerkrankungen (z.B. M. McArdle)
- Fälle sind in G-DRG 2006 (DRG K63A mit Relativgewicht 0,874) deutlich untervergütet

Extremkosten

Weitere abgebildete Themenbereiche (1)

- Vasospasmus bei intrakraniellen Blutungen
- Lange Aufenthalte vor Transplantation
- Sehr seltene Erkrankungen wie hämophagozytäre Erkrankungen oder mitochondriale Zytopathien
- Noch unzureichend abgebildete, aufwändige operative Verfahren, z.B. freies Haut-Muskel-Transplantat der Mamma

Extremkosten

Weitere abgebildete Themenbereiche (2)

- Handchirurgie, z.B. bei angeborenen Fehlbildungen
- Besonders aufwändige Radiojodtherapien
- Integration von NUB-Leistungen
- Präzisierung der „komplizierenden Prozeduren“ (u.a. Abwertung der Lagerungsbehandlung)
- Vakuumtherapie

Extremkosten

Weitere abgebildete Themenbereiche (3)

- Zuweisung von Fällen mit Implantation eines Defibrillators in MDC05
- Rekonstruktion bei Brustwanddeformitäten
- Pulmonale Thrombendarteriektomie
- Hochaufwändiger Eingriff am Ösophagus
- Plexus- und Nerven Chirurgie
- u.v.a. mehr

Extremkosten

Namensgebung

- DRG mit Extremkostenfällen ist nicht immer anhand des Namens erkennbar, z.B. sind mitochondriale Zytopathien u.a. in der DRG

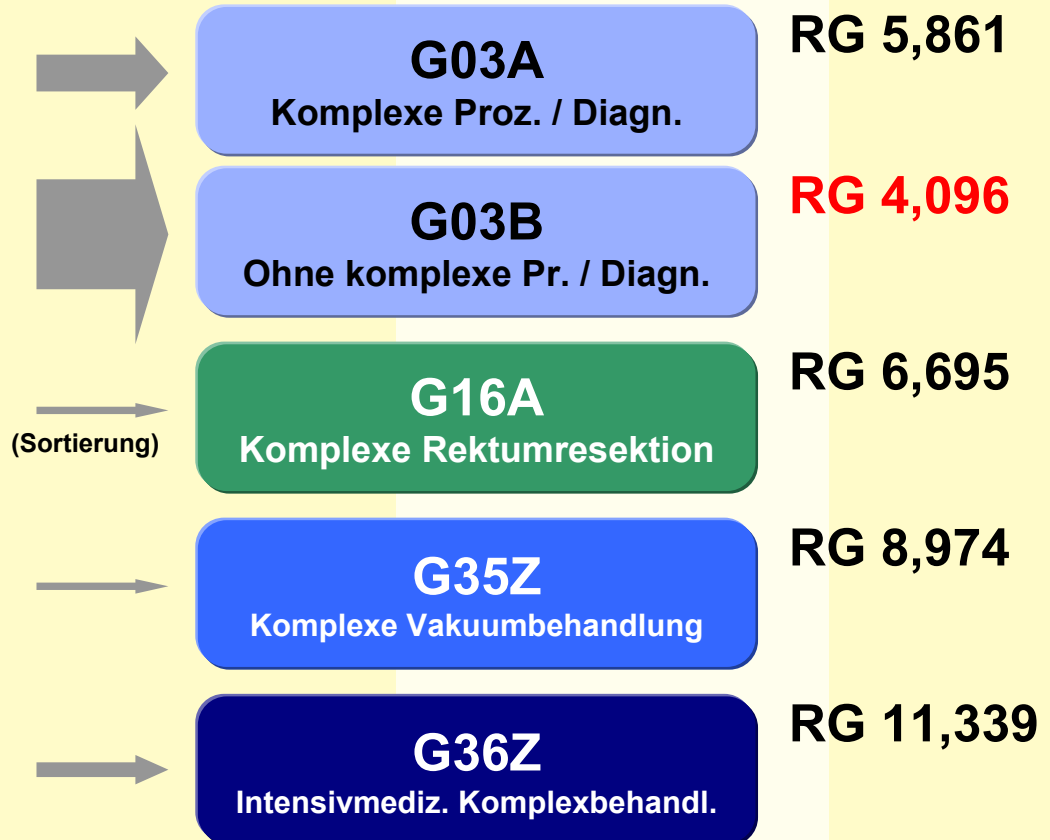
B17A Eingriffe an peripheren Nerven [...] oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie [...] mit komplexer Diagnose

enthalten.

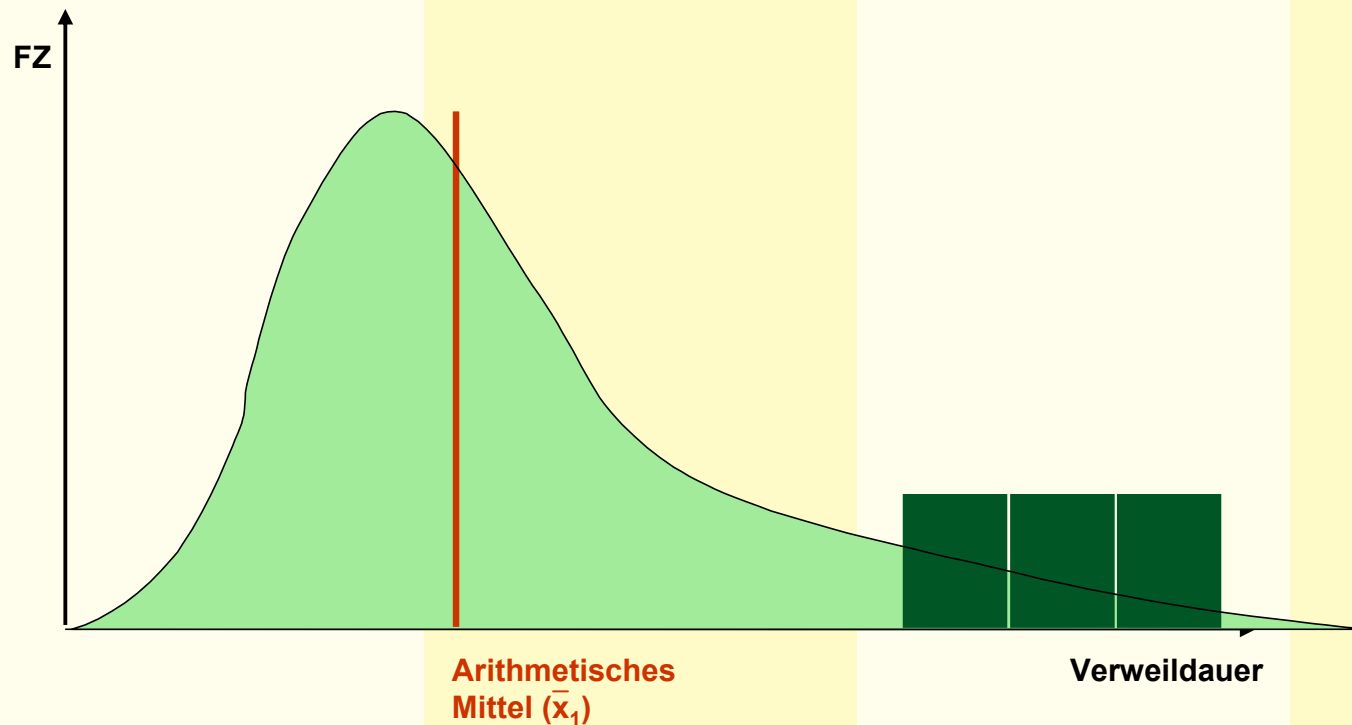
Migration aus DRG G03Z (2006 → 2007)

G03Z
Große Eingriffe an Magen,
Oesophagus und Duodenum

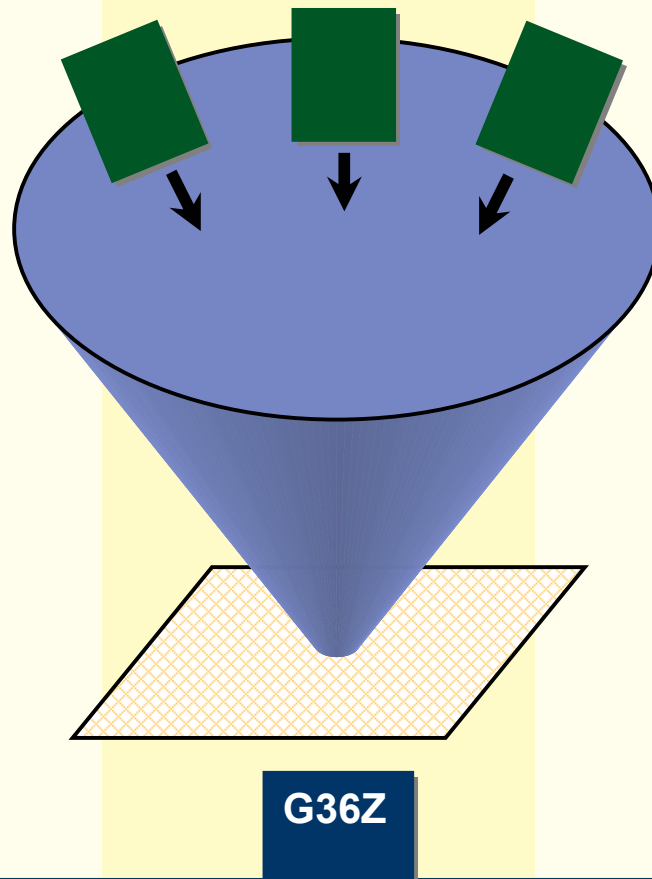
RG 4,500



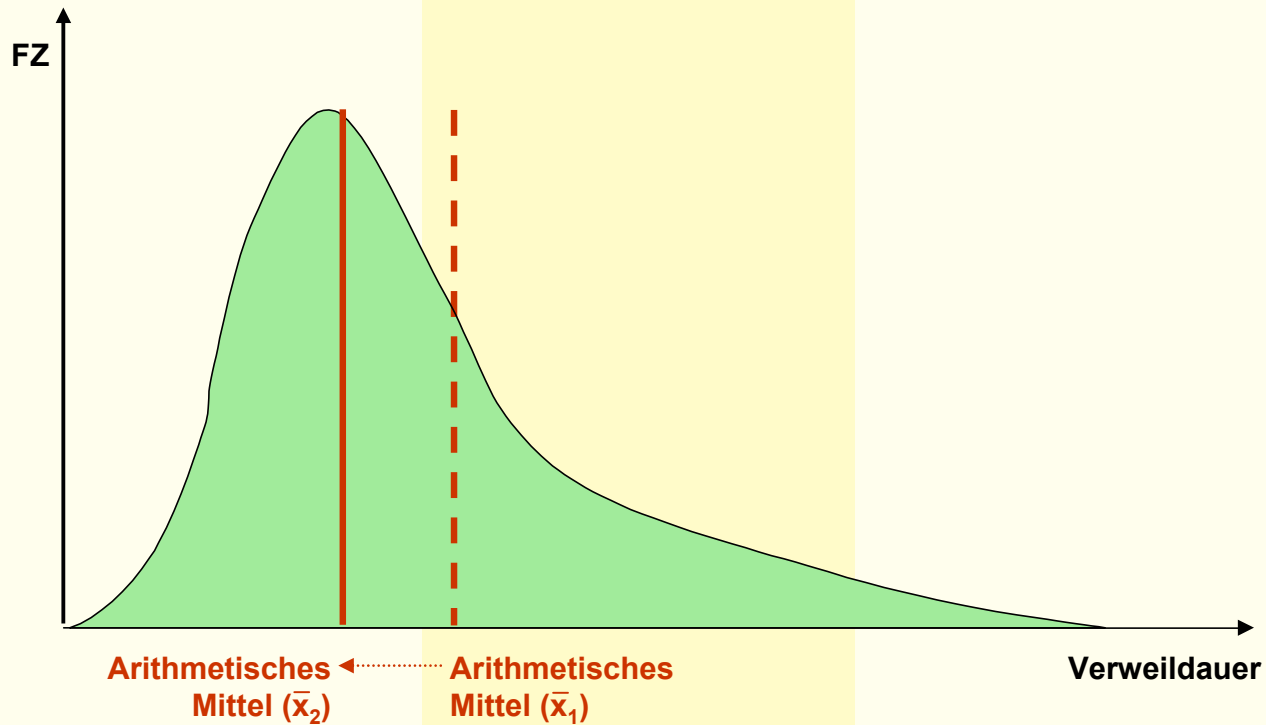
Extremkostenfälle in einer MDC



Filterfunktion einer Extremkosten-DRG



DRGs nach Etablierung Extremkosten-DRG



Weitere bearbeitete Themenbereiche

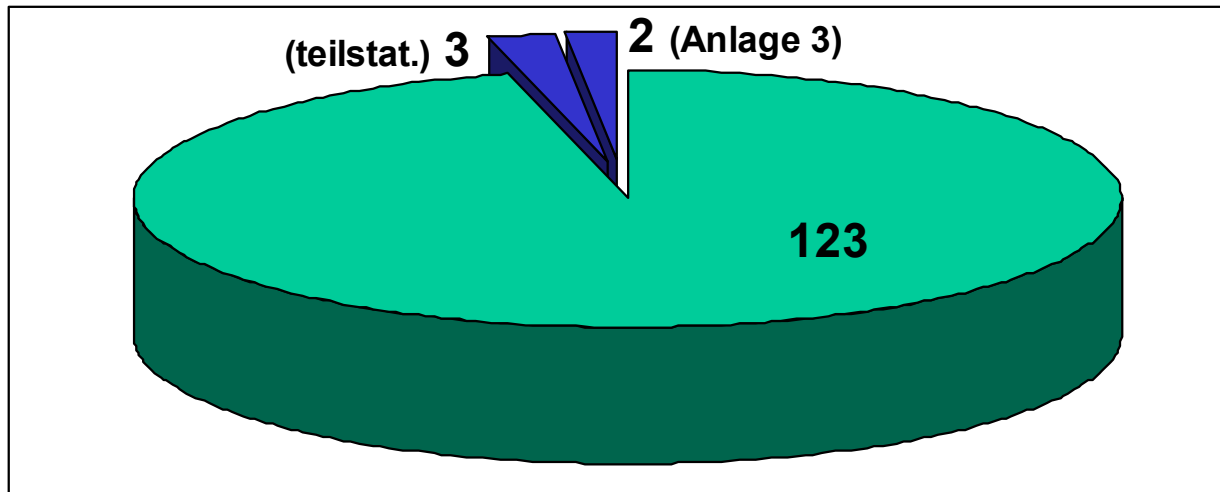
- Onkologie
- Tuberkulose
- Sucht
- Kurzliegerproblematik bei Implantatkosten
- Geburtshilfe
- Transplantation bei akuter Querschnittlähmung
- Klassifikationslösung bei Kodierproblematik (z.B. Dialysehunt)
- Handchirurgie
- u. v. a. mehr

Agenda

4. Ergebnisse

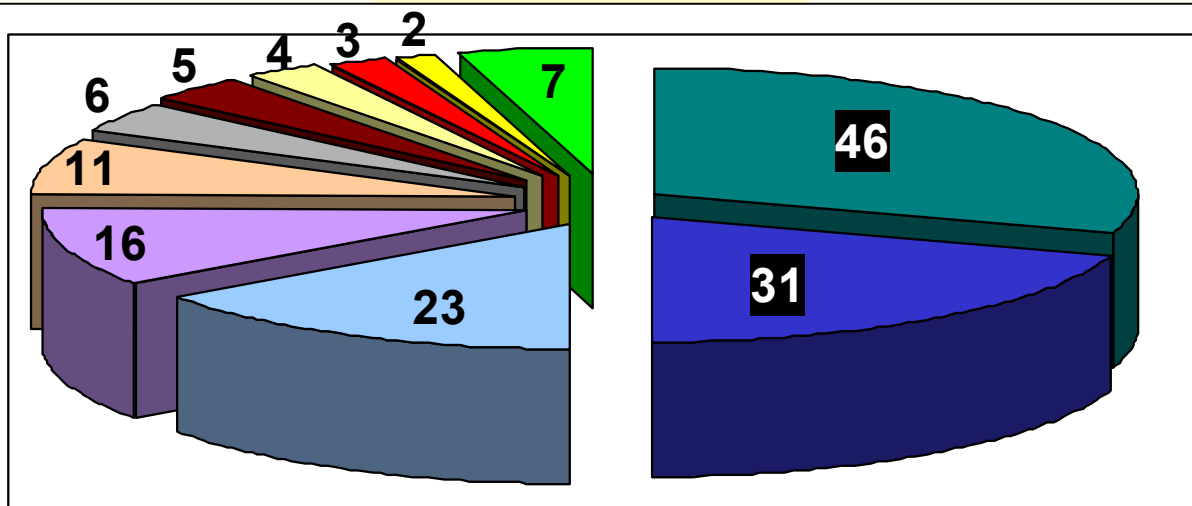
Systemumbau: Erweiterung um 128 DRGs












Grund der Erweiterung



Systemumbau: Erweiterung um 128 DRGs

Grund der Erweiterung



- | | |
|---|---|
|  Alterssplit (Kinder) |  Extremkosten |
|  PCCL |  Mehrzeitig/Beidseitig |
|  Intensiv |  Schlaganfall |
|  Multiresistente Erreger |  Med. Fortschritt |
|  Teilstationär |  ZE |
|  Sonstige | |

Systemumbau: Erweiterung um 128 DRGs

Kondensationshindernisse

- Transparenzverlust
- Sortierungsprobleme
- Ausnahme von der Wiederaufnahme, z. B. bei bösartiger Neubildung
- Unterschiedliche Abrechenbarkeit von Zusatzentgelten

Systemumbau: Erweiterung um 128 DRGs

Beispiel Kondensationshindernis

- DRG B66B *Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC,[...]; RG: 1,417; VWD: 11,3*
- DRG B76E *Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, [...]; RG: 1,415 VWD: 11,3*
- Nicht kondensierbar wegen Ausnahme von der Wiederaufnahmeregelung bei DRGs mit bösartiger Neubildung

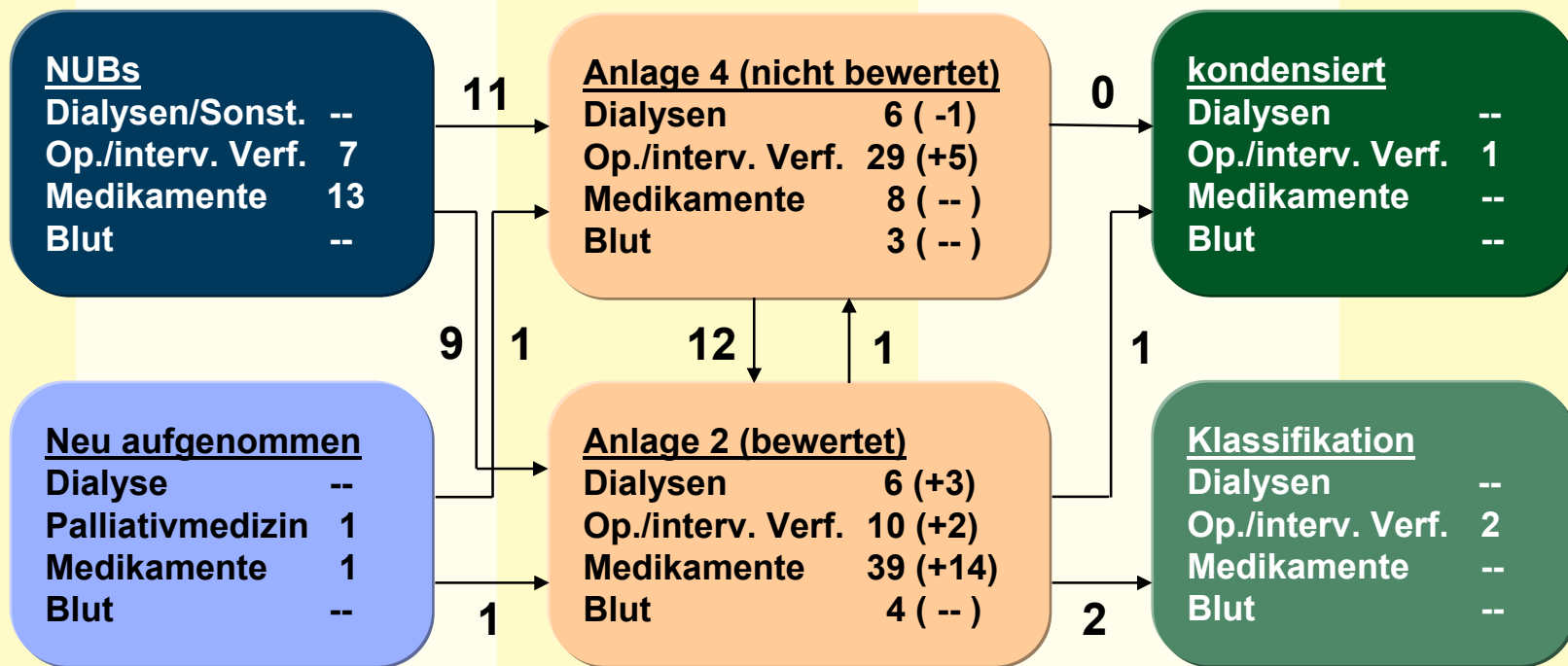
Zusatzentgelte

Ergebnisse für 2007

- Untersuchte spezielle u. aufwändige Leist. 332
- Gefordert im Vorschlagsverfahren: 170
- Untersuchte NUB-Leistungen: > 500
- Bewertete ZE in Anlage 2 FPV:
 - Dialysen und verwandte Verfahren 6 (+ 3)
 - Operative und intervent. Verfahren 10 (+ 2)
 - Medikamente und Blutprodukte 43 (+14)
- Definierte ZE nach § 6 Abs. 1 KHEntgG 46 (+ 4)
- Neu über Klassifikation abgebildete Leistungen 2

Zusatzentgelte

Überblick der Veränderungen gegenüber 2006



Neue ZE für Medikamente - Kostenvolumen

ZE	Name	Anzahl der Fälle	Summe der Kosten	mittlere gelieferte Kosten	Median	Minimum	Maximum	DRG	Inlierkosten
ZE74	Bevacizumab, parenteral, z.B. Avastin®	648	1.060.990 €	1.637 €	1.495 €	808 €	10.093 €	G60B	1.105 €
								H61B	1.726 €
								L62Z	1.726 €
								G60A	2.675 €
								R65B	648 €
								E71A	3.488 €
								D60A	2.645 €
								R60E	5.531 €
								G46B	3.696 €
J62A	3.433 €								
ZE72	Pegyliertes liposomales Doxorubicin, parenteral, z.B. Caelyx®	607	892.715 €	1.471 €	1.432 €	523 €	7.281 €	J62B	1.299 €
								N60B	1.480 €
								I65B	1.950 €
								R65B	648 €
								G60B	1.105 €
								J68Z	468 €
								D60B	1.578 €
								R61E	4.235 €
								J62A	3.433 €
B66D	2.019 €								
ZE73	Drotrecogin alfa (Rekombinantes aktiviertes Protein C), parenteral, z.B. Xigris®	87	634.494 €	7.293 €	7.714 €	730 €	21.489 €	A09D	44.195 €
								A13E	17.964 €
								A11E	26.119 €
								A09B	54.270 €
								A11B	36.719 €
								A11A	45.595 €
								A07A	101.791 €
								A13B	26.671 €
								A13A	33.261 €
								E40B	7.843 €
A09F	32.413 €								

Zusatzentgelte

Ergebnis für ZE 60 „Palliativmedizin“

- Tageskosten bei Fällen mit und ohne palliativmedizinische Komplexbehandlung nicht kostenunterschiedlich
 - ABER: mittlere Verweildauer der Inlier-Palliativfälle 3,4 Tage höher!
 - Langlieger-Finanzierung durch OGV-Entgelte
- ⇒ Zusatzentgelt für Aufwandsunterschied der Inlier der Palliativfälle (Mindestleistungserbringung 7 Tage)

Zusatzentgelte

Ergebnis für ZE 60 „Palliativmedizin“ (Beispiele)

Haus	ohne Komplexbehandlung		mit Komplexbehandlung	
	VWD	Kosten	VWD	Kosten
1	6,6	311	9,5	357
2	7,3	276	12,9	294
3	7,9	367	10,4	390
4	7,2	275	11,1	293
5	8,8	243	12,7	216
6	8,0	366	11,0	357

VWD = Verweildauer; Kosten = mittlere Fallkosten je Tag

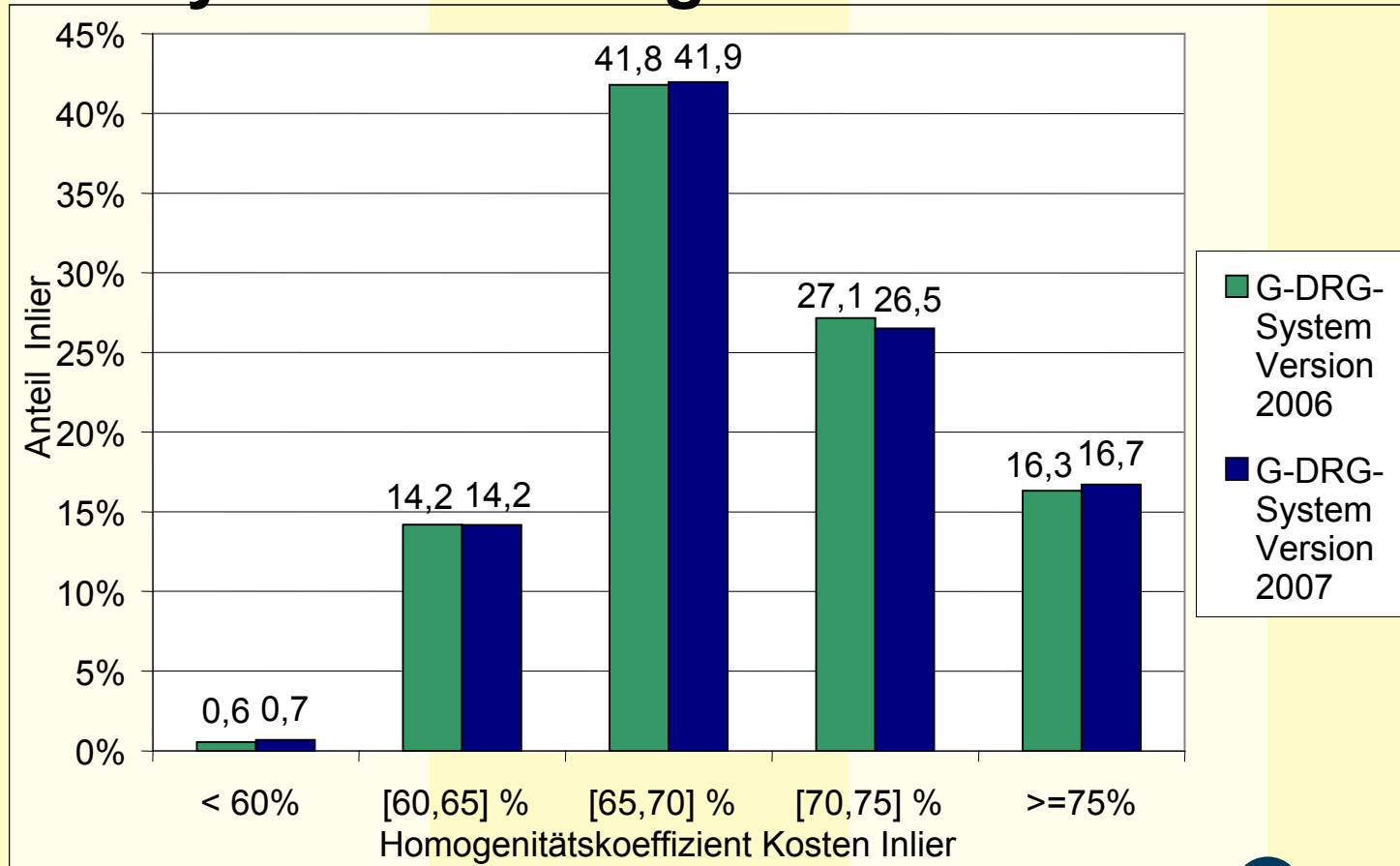
Güte des Systems

Die Systemgüte kann mit dem **Varianzreduktionsmaß R^2** angegeben werden.

	G-DRG-System Version 2006	G-DRG-System Version 2007	Verän- derung
Alle Fälle	0,6950	0,7073	+1,8%
Inlier	0,7946	0,8048	+1,3%

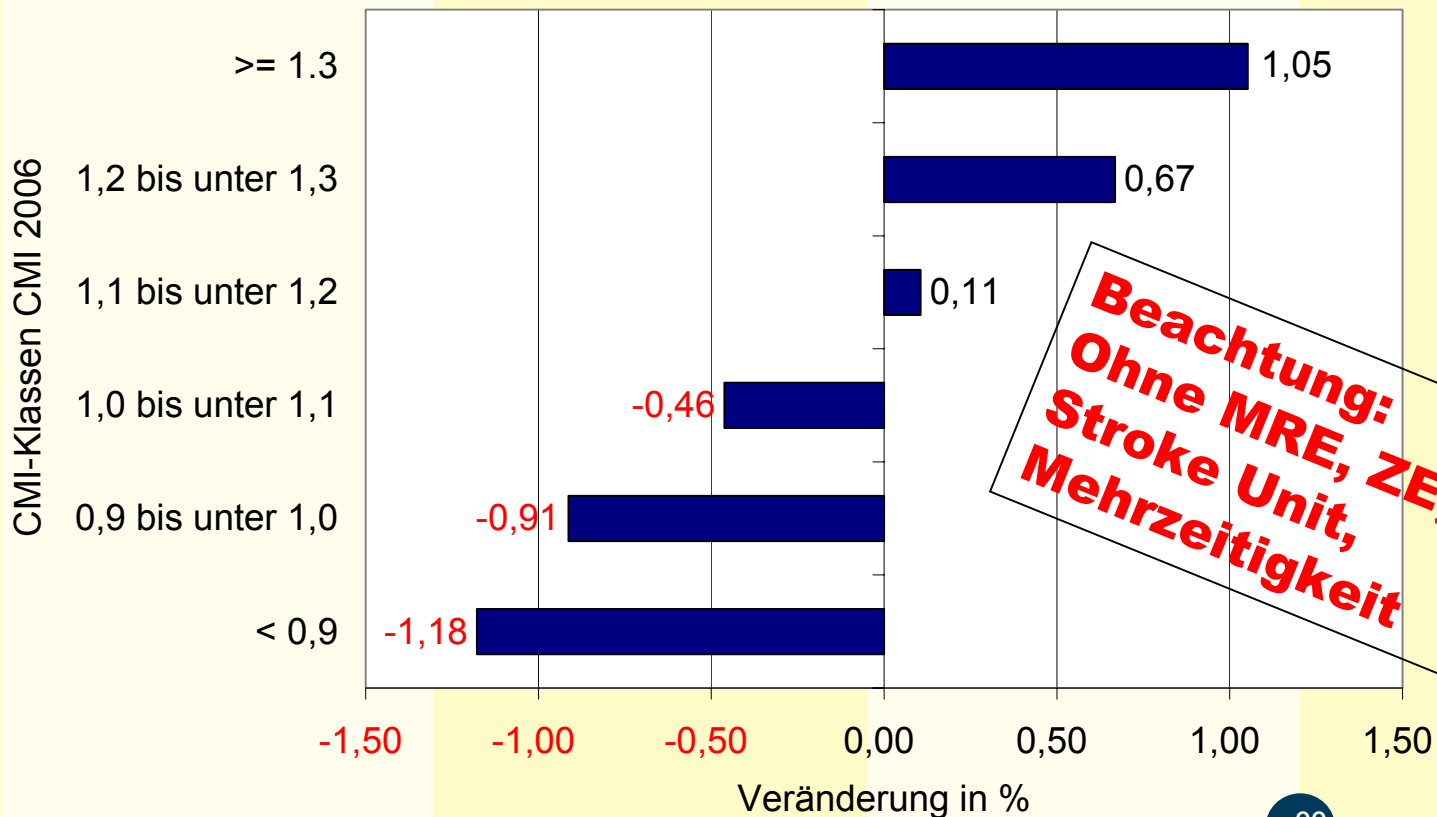
Basis: Daten 2005, Hauptabteilung, med. plausibilisiert, ohne expl. Ein-Belegungstag- / nicht bewertete DRGs

Analyse des Homogenitätskoeffizienten



CMI-Analyse: Gewinner und Verlierer

Veränderung CMI V2006 vs. V2007



Agenda

5. Fazit

Fazit

Hauptursachen der Veränderung

Rückgang der mittleren Verweildauer:

- 25 häufigste DRGs (> 1 Belegungstag)
- Abdeckung: 25,7% aller Fälle
- Datenjahr 2004 zu Datenjahr 2005

⇒ Rückgang 0,36 Tage (entspricht 4,7%)

Ohne P67D „ges. Neugeborenes“, O60D „einf. Entbindung“:

⇒ Rückgang 0,43 Tage (entspricht 5,3%)

Fazit

Hauptursachen der Veränderung

Rückgang der Einzelkosten insbesondere für

- Defibrillator und Herzschrittmacher
- Implantate und Katheter
- ...

Überprüfung des Preisrückganges durch

- Strikte Plausibilisierung und Einzelanfragen
- Einkaufslisten

Fazit: sehr weitgehender Systemumbau

Begründet sich insbesondere durch:

- Verweildauerrückgang
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Einzelkostenentwicklung
- Extremkostenanalyse
- Ausbau Plausibilitätsprüfungen
- Datenjahr 2005 = erstes Datenjahr mit flächendeckender DRG-Anwendung

Agenda

6. Nächste Schritte

Nächste Schritte

- Vorabzertifizierung Grouper 2005/2007
- Definitionshandbuch 2005/2007
- Zertifizierung Version 2005/2007 nach Spitzengespräch
- Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung schrittweise
- Grouper und Definitionshandbuch 2006/2007
- Grouper und Definitionshandbuch 2007 bis Anfang Dezember

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**