

InEK

Abschlussbericht

Weiterentwicklung des
G-DRG-Systems
für das Jahr
2006

Klassifikation, Katalog und
Bewertungsrelationen

Teil I: Projektbericht

Siegburg, den 20. Dezember 2005

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

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODIK DER WEITERENTWICKLUNG	4
2.1 Datenerhebung und Datenprüfung	4
2.2 Datenaufbereitung	6
2.3 Ableitung der Klassifikation	7
2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen	9
2.5 Zusatzentgelte	10
2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	11
3 G-DRG-SYSTEM VERSION 2006	13
3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	13
3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung	15
3.2.1 Datenbasis	15
3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung	15
3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung	20
3.2.2 Vorschlagsverfahren	23
3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens	23
3.2.2.2 Beteiligung	24
3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge	24
3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung	26
3.3.1 Anpassung der Methodik	26
3.3.1.1 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung	26
3.3.1.2 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen	29
3.3.1.3 Berechnung der Bezugsgröße	32
3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation	34
3.3.2.1 AIDS/HIV	34
3.3.2.2 Alkoholintoxikation, -missbrauch und -abhängigkeit	34
3.3.2.3 Augenheilkunde	36
3.3.2.4 Besondere Versorgungsbereiche	36
3.3.2.5 CCL-Matrix	37
3.3.2.6 Dermatologie und Erkrankungen der Mamma	38
3.3.2.7 Dialyseverfahren	39

3.3.2.8	Epilepsie	39
3.3.2.9	Frührehabilitation	40
3.3.2.10	Gastroenterologie/Endoskopie	41
3.3.2.11	Geburtshilfe	42
3.3.2.12	Geriatric	43
3.3.2.13	HNO	44
3.3.2.14	Intensivmedizin	45
3.3.2.15	Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie	47
3.3.2.16	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	48
3.3.2.17	MS-Behandlung	50
3.3.2.18	Multiresistente Erreger	50
3.3.2.19	Onkologie	50
3.3.2.20	Parkinson-Syndrom	52
3.3.2.21	Querschnittlähmung	53
3.3.2.22	Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	53
3.3.2.23	Schlaganfall	53
3.3.2.24	Schmerztherapie	55
3.3.2.25	Schwer Brandverletzte	56
3.3.2.26	Tuberkulose	56
3.3.2.27	Unfallchirurgie	56
3.3.2.28	Versorgung von Kindern	60
3.3.3	Formale Änderungen	62
3.3.3.1	Umbenennungen von Basis-DRG-Nummern (ABC versus ZZZ)	62
3.3.3.2	Entkondensation	63
3.3.3.3	Sortierung	63
3.3.4	Versionsüberleitung und Anpassungen der ICD- und OPS-Klassifikationen	64
3.3.4.1	Überleitung auf die ab 1. Januar 2006 gültigen Versionen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	64
3.3.4.2	Behandlung nicht identischer Codes	65
3.3.4.3	Behandlung neu aufgenommener Codes	67
3.3.4.4	Behandlung des Zusatzkennzeichens Seitenlokalisation	68
3.3.4.5	Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen	69
3.3.5	Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien	70
3.4	Statistische Kennzahlen	71
3.4.1	Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr	71
3.4.1.1	Erweiterung und Umbau der Fallgruppen	71
3.4.1.2	Nicht bewertete DRGs	71
3.4.1.3	Zusatzentgelte	72
3.4.2	Kompressionseffekt	74
3.4.3	Statistische Güte der Klassifikation	76
3.4.3.1	Analyse der Varianzreduktion	77
3.4.3.2	Analyse der Kostenhomogenität	79
3.4.4	Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer	82
4	PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG	89
	ANHANG	91

Abkürzungen

2. FPÄndG	Zweites Fallpauschalen-Änderungsgesetz
Abs.	Absatz
AICD	Automatic Implantable Cardioverter Defibrillator; Automatischer implantierbarer Kardioverter/Defibrillator
AMV	arithmetischer Mittelwert der Verweildauer
AMW	arithmetischer Mittelwert
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BR	Bewertungsrelation
bzw.	beziehungsweise
CC	Complication or Comorbidity; Komplikation oder Komorbidität
CCL	Complication or Comorbidity Level; Schweregrad einer Komplikation oder Komorbidität
d.h.	das heißt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DKR	Deutsche Kodierrichtlinien
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECCE	Extrakapsuläre Extraktion der Linse
etc.	et cetera
FAB	Fachabteilungssegment
FPV 2005	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005)
FPV 2006	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006)
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
gem.	gemäß
GM	German Modification (ICD-10-GM)
HK	Homogenitätskoeffizient (der Kosten)
HK _{VWD}	Homogenitätskoeffizient der Verweildauer
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Ausgabe für die Zwecke des SGB V
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH
Kap.	Kapitel

KEA	Krankenhaus-Entgelt-Ausschuss
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KI	Konfidenzintervall
MDC	Major Diagnostic Category; Hauptdiagnosegruppe
med.	medizinisch
med.-techn.	medizinisch-technisch
Mio.	Millionen
MS	Multiple Sklerose
MW	Mittelwert
n	Anzahl der Fälle
Nr.	Nummer
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGV	obere Grenzverweildauer
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
OR	Operating Room; Operativ
PCCL	Patient Clinical Complexity Level; Patientenbezogener Gesamtschweregrad
Prä-MDC	den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe
PTCA	Perkutane Koronarangioplastie
Qu.	Quantil
R ²	Varianzreduktion
SD	Standardabweichung
SDV	Standardabweichung der Verweildauer
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
TAB	Tabelle
u.a.	unter anderem
UGV	untere Grenzverweildauer
VWD	Verweildauer
z.B.	zum Beispiel

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht legt das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Kalkulation sowie zu den Kosten- und Leistungsprofilen der einzelnen DRG-Fallpauschalen offen. Auf dieser Grundlage können Krankenhäuser, Krankenkassen und andere Interessierte Detailanalysen zu besonderen Fragestellungen und für einzelne medizinische Fachgebiete durchführen.

Der bisher eingeschlagene Weg, Besonderheiten in den Versorgungsstrukturen und Behandlungsweisen in der Bundesrepublik Deutschland immer besser im Fallpauschalen-Katalog zu berücksichtigen, wurde auch in diesem Jahr konsequent beschritten. Die Abbildungsgenauigkeit im Fallpauschalen-Katalog 2006 hat sich – gemessen an der statistischen Größe der Homogenität – noch einmal deutlich verbessert.

In diesem Jahr haben 214 Krankenhäuser freiwillig fallbezogene Kostendaten für die Weiterentwicklung im Rahmen der Kalkulationsstichprobe zur Verfügung gestellt. Allen Kalkulationskrankenhäusern sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement gedankt. Einen weiteren wichtigen Baustein für die Weiterentwicklung lieferten die Fachgesellschaften, Verbände, Experten und Einzelpersonen aus den Krankenhäusern, die sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zur Verbesserung der DRG-Klassifikation („Strukturierter Dialog“) beteiligt haben.

Zu wünschen bleibt, dass sich Krankenhäuser weiterhin konstruktiv an der Weiterentwicklung und Kalkulation des DRG-Fallpauschalensystems beteiligen. Dies gilt insbesondere auch für die Krankenhäuser, die besondere Patientengruppen behandeln und deshalb auf notwendige Änderungen hinweisen. Medizinische Fachgesellschaften sind weiterhin aufgerufen, sich konstruktiv am Vorschlagsverfahren zu beteiligen, um fachliche Impulse für die Weiterentwicklung zu geben.

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und leistet einen Beitrag dazu, die der Weiterentwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent zu machen und das Verständnis über Zusammenhänge im G-DRG-System zu fördern.

Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sehen beginnend mit dem Jahr 2005 einen Einführungszeitraum vor, um den Beteiligten die Gestaltung eines planvollen und strukturierten Übergangs zu ermöglichen (so genannte Konvergenzphase). Während dieser Konvergenzphase passen sich die krankenhausesindividuellen Basisfallwerte schrittweise einem einheitlichen Basisfallwert auf Landesebene an. Zur Abfederung der Konvergenzschritte führte das Zweite Fallpauschalen-Änderungsgesetz (2. FPÄndG) eine Obergrenze für die Angleichung des Erlösbudgets (Kappungsgrenze) ein, nach der die Budgetabsenkung eines Krankenhauses innerhalb der Konvergenzphase eine gewisse Grenze nicht überschreiten darf. Die Kappungsgrenze steigt von 2005 bis 2009 kontinuierlich von 1,0% auf 3,0% an. Ein weiterer wesentlicher Baustein für den planvollen und strukturierten Übergang ist die jährliche Verbesserung der Abbildungsgenauigkeit des G-DRG-Systems.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständs bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006 (Vorschlagsverfahren 2006)“ unterstützte die Arbeiten zur Pflege des G-DRG-Systems. Medizinische Fachgesellschaften, Verbandsorganisationen der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie weitere Institutionen haben im Rahmen dieses auch „Strukturierter Dialog“ genannten Verfahrens Vorschläge zur Weiterentwicklung unterbreitet. Durch die umfangreiche Beteiligung am Vorschlagsverfahren 2006 flossen Erfahrungen der klinischen Praxis und medizinisches Expertenwissen in die Weiterentwicklung ein. Damit erweist sich das G-DRG-System im besten Sinne als „lernendes System“.

Die vom InEK betriebene Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems wäre ohne die freiwillige Teilnahme von Krankenhäusern an der Kalkulationsstichprobe nicht möglich. Die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beruht grundsätzlich auf den Daten eines abgeschlossenen Kalenderjahres – für das G-DRG-System 2006 also auf den Daten des Jahres 2004. Damit ist eigentlich vorgegeben, dass sich Neuerungen erst mit zeitlicher Verzögerung in das G-DRG-System integrieren lassen. Durch das Engagement der Kalkulationskrankenhäuser, Kosten- und Leistungsdaten über den für die Kalkulationsteilnahme zwingend erforderlichen Umfang hinaus abzuliefern, ist allerdings eine schnellere Weiterentwicklung möglich. Somit konnten zahlreiche Neuerungen wie beispielsweise die im OPS 2005 neu eingeführten Intensivscores TISS/SAPS nahezu ohne Verzögerung in das G-DRG-System einbezogen werden.

Durch das 2. FPÄndG wurde gesetzlich verankert, den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern eine pauschalierte Vergütung zu zahlen. Neben einer Grundvergütung soll den Krankenhäusern in Abhängigkeit von Anzahl und Qualität der übermittelten Datensätze eine fallbezogene Vergütung gezahlt werden. Dafür wurde im Rahmen des DRG-Systemzuschlags 2005 ein Zuschlagsanteil „Kalkulation“ in Höhe von 0,59 € erhoben. In der diesjährigen Kalkulationsrunde zahlte das InEK den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern erstmals eine pauschalierte Vergütung in einem Gesamtvolumen von rund 8,9 Mio. €.

Im Dezember 2004 fassten die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (Selbstverwaltungspartner) einen gemeinsamen Grundsatzbeschluss zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Mit diesem wurde das InEK beauftragt, die Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems auf Grundlage der bisherigen Kalkulationserfahrungen sachgerecht fortzuführen. Insbesondere sollte versucht werden, teilstationäre Leistungen im DRG-Fallpauschalen-Katalog abzubilden.

Diesen Grundsatzbeschluss umsetzend legte das InEK den Selbstverwaltungspartnern am 18. August 2005 den Entwurf eines G-DRG-Systems für 2006 vor. Nach Abschluss der Beratungen der Selbstverwaltungspartner schlossen diese am 13. September 2005 die „Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 – FPV 2006)“ ab. Diese Vereinbarung umfasst die folgenden Bestandteile für das G-DRG-Vergütungssystem für 2006:

- die Abrechnungsbestimmungen,
- den Fallpauschalen-Katalog,
- den Zusatzentgelt-Katalog,
- den Katalog nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergüteter Leistungen und
- den Katalog von Zusatzentgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG.

Der vorliegende Abschlussbericht besteht aus zwei Teilen. Teil I („Projektbericht“) stellt die Methodik und die wichtigsten Ergebnisse vor. Der Projektbericht verzichtet dabei auf die ausführliche Darstellung seit Jahren unveränderter Kalkulationsmethoden. Interessierte Leser seien auf die älteren Projektberichte verwiesen, die zum Herunterladen auf unserer Internetseite zur Verfügung stehen. Teil II („Klinische Profile, Kostenprofile“) enthält die in Tabellenform aufbereiteten detaillierten Kalkulationsergebnisse. Die Kostenprofile stehen ausschließlich in Form eines Browsers auf unserer Internetseite (www.g-drg.de) zur Ansicht und zum Herunterladen zur Verfügung.

Für die Mitarbeiter der InEK gGmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Dr. Martin Braun
Abteilungsleiter Medizin

Dr. Michael Schmidt
Abteilungsleiter Ökonomie

Siegburg, im Dezember 2005

2 Methodik der Weiterentwicklung

Dieses Kapitel beschreibt in zusammengefasster Form die im Regelwerk für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems niedergelegten methodischen Schritte. Ausführliche Darstellungen der Vorgehensweise finden sich in den Projektberichten zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für die Jahre 2004 und 2005. Diese stehen auf der Homepage (www.g-drg.de) zum Herunterladen zur Verfügung. Erforderliche Anpassungen der Methodik im Rahmen der Weiterentwicklung für das Jahr 2006 werden in Kap. 3.3.1 im Einzelnen beschrieben.

2.1 Datenerhebung und Datenprüfung

Datenerhebung

Die Bereitstellung der für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems benötigten Daten regelt § 21 KHEntgG vom 23. April 2002. Danach sind alle Krankenhäuser verpflichtet, in einer jährlichen Vollerhebung krankenhausbegleitende Strukturdaten und fallbezogene Leistungsdaten bereitzustellen (im Folgenden als „DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG“ bezeichnet). Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG – zuletzt durch die Selbstverwaltungspartner am 17. Dezember 2004 fortgeschrieben – definiert Inhalt und Format des zu übermittelnden Datensatzes (im Folgenden als „DRG-Datensatz gem. § 21 KHEntgG“ bezeichnet). Die Übermittlung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG soll jeweils zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr an eine von den Selbstverwaltungspartnern benannte DRG-Datenstelle auf Bundesebene erfolgen. Mit der Steuerung und Überwachung der DRG-Datenstelle ist das InEK betraut.

Ergänzend werden in einer Teilerhebung von freiwillig teilnehmenden Krankenhäusern Kostendaten zur Verfügung gestellt. Diese Krankenhäuser werden im Folgenden als „Kalkulationskrankenhäuser“ bezeichnet. Das InEK schließt mit den Kalkulationskrankenhäusern eine „Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems“. Die Datensätze der Kalkulationskrankenhäuser umfassen die um fallbezogene Kostendaten ergänzten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG. Die Datenlieferung erfolgt ebenfalls nach dem für die Übermittlung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG beschriebenen Verfahren an die DRG-Datenstelle. Erstmals wurde den Kalkulationskrankenhäusern für die Übermittlung von Kostendaten des Jahres 2004 unter bestimmten Voraussetzungen eine pauschalierte Vergütung in Abhängigkeit von Qualität und Umfang der Datenlieferung gewährt.

In der mit dem InEK geschlossenen Vereinbarung verpflichten sich die Kalkulationskrankenhäuser, bei der Kalkulation der Fallkosten die im Kalkulationshandbuch der Selbstverwaltungspartner („Kalkulation von Fallkosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern – Version 2.0“) beschriebene Methodik anzuwenden. Zusätzlich sind die veröffentlichten „Aktualisierungen und Ergänzungen zum Kalkulationshandbuch Version 2.0“ vom 17. Dezember 2004 zu beachten. Mittels Checklisten werden die Kalkulationskrankenhäuser über ihre Einzelkostenzurechnung und die Möglichkeit einer zusätzlichen differenzierenden Datenbereitstellung befragt.

Neben der „regulären“ Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG und der Übermittlung von Kostendaten bittet das InEK die Kalkulationskrankenhäuser um die Bereitstellung ergänzender Fallinformationen. Diese beziehen sich auf

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

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

Datenprüfung

Die aus den Krankenhäusern übermittelten Daten werden einer technischen und einer inhaltlichen Datenprüfung unterzogen.

Die technische Datenprüfung („Fehlerverfahren“) führt die DRG-Datenstelle im Rahmen der Datenannahme durch. Entsprechend der Vorgabe des InEK wird ein dreistufiges Verfahren durchlaufen:

- Stufe 1 – Vorprüfung: Prüfung der Verarbeitbarkeit
- Stufe 2 – Formatprüfung: Prüfung des Dateiaufbaus
- Stufe 3 – Datenprüfung: Prüfung der Feldinhalte

Die Krankenhäuser erhalten über das Ergebnis der Datenprüfung ein Prüfprotokoll.

Die vollständige Beschreibung des Fehlerverfahrens der DRG-Datenstelle kann über die Homepage des InEK abgerufen werden (www.g-drg.de).

Die inhaltliche Datenprüfung erfolgt durch das InEK. Die nach technischer Prüfung fehlerfreien Daten durchlaufen ein Prüfprogramm auf drei Ebenen:

- Die ökonomische Prüfung erstreckt sich auf die von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Kostendaten. Auf verschiedenen Analyseebenen (z.B. Krankenhaus, Kostenstellengruppe, Behandlungsfall) werden die Kosten auf das Vorhandensein bzw. Fehlen von Werten, die Zulässigkeit von Werten und die Verletzung festgesetzter Randkriterien untersucht.
- Die medizinische Prüfung bezieht sich auf die medizinischen Fallinformationen, insbesondere die kodierten Diagnosen und Prozeduren. Diese werden auf Konformität mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und den Regelungen in den Katalogen ICD und OPS geprüft, wobei eine Konzentration auf gruppierungsrelevante Merkmale erfolgt.
- Die medizinisch-ökonomische Prüfung nimmt Zusammenhangsprüfungen zwischen den medizinischen und ökonomischen Falldaten vor. Im Rahmen von feldübergreifenden Prüfungen werden Abhängigkeitsbeziehungen untersucht, die z.B. das Vorliegen von Kostendaten bei bestimmten Diagnose- bzw. Prozedurenkonstellationen betreffen.

Die Kalkulationskrankenhäuser erhalten einen detaillierten Bericht über das Prüfergebnis und sind nach Möglichkeit zur Übermittlung korrigierter Daten aufgefordert.

Fehlerfreie Datensätze werden in die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zugrunde liegende Datenbasis übernommen.

2.2 Datenaufbereitung

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

- Fallzusammenführung: Die Abrechnungsbestimmungen der FPV sehen unter bestimmten Bedingungen die Zusammenführung mehrerer Aufenthalte von Patienten in einem Krankenhaus zu einem gemeinsamen Aufenthalt vor (§ 2 FPV bei Wiederaufnahmen und § 3 Abs. 3 FPV bei Rückverlegungen). Die Datensätze werden auf die Bedingungen der FPV analysiert und bei Vorliegen der erforderlichen Informationen zu einem Fall zusammengeführt.

Dabei werden grundsätzlich alle nicht redundanten Informationen der zusammenfassenden Behandlungsfälle übertragen. Da bei einer derartigen Fallzusammenführung keine einfache regelhafte Bestimmung der Hauptdiagnose möglich ist, wird die Hauptdiagnose des ersten Falles, der unter die Zusammenführungsregel fällt, als Hauptdiagnose des zusammengefassten Behandlungsfalles gesetzt.

- Bereinigung bei fehlender DRG-Relevanz: Das DRG-System gilt nicht für die Leistungen der in § 1 Abs. 2 der Psychiatrie-Personalverordnung genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin, soweit in der Verordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 nichts Abweichendes bestimmt wird. Die entsprechenden Fälle besitzen keine DRG-Relevanz und werden in eine separate Datenhaltung überführt.
- Verlegungsbereinigung: Die Definition der Fallgruppen und die Berechnung der Verweildauerwerte und Bewertungsrelationen des Fallpauschalen-Kataloges gründen sich auf die nicht verlegten Fälle. Verlegte Fälle werden bei der Weiterentwicklung i.d.R. nicht berücksichtigt. Eine Ausnahme gilt für die Fallgruppen, für die der Verlegungsabschlag ausgesetzt ist (Kennzeichnung in Spalte „Verlegungs-Fallpauschale“ des Fallpauschalen-Katalogs).

Die Fallgruppen, deren Bewertungsrelationen im G-DRG-System Version 2006 unter Einschluss der verlegten Fälle berechnet wurden, sind in Tabelle A-1 im Anhang dargestellt.

- Überliegerbereinigung: Als Überlieger gelten Behandlungsfälle, die im Vorjahr aufgenommen, aber erst im ausgewerteten Kalkulationsjahr entlassen wurden. Für die Weiterentwicklung werden nur solche Überliegerfälle berücksichtigt, bei denen das Kalkulationskrankenhaus explizit erklärt hat, dass der auf das Vorjahr entfallende Kostenanteil vollständig im Datensatz enthalten ist.
- Herkunftskorrektur: Unterschiedliche tarifliche Regelungen führen dazu, dass Krankenhäuser in den neuen Bundesländern niedrigere Personalkosten ausweisen als Krankenhäuser in den alten Bundesländern. Daher werden die aus Krankenhäusern in den neuen Bundesländern übermittelten Datensätze im Bereich der Personalkosten (Kostenartengruppen 1–3) mittels eines Korrekturfaktors an die Höhe der für die alten Bundesländer geltenden Tarifsätze angeglichen.
- Korrektur Zusatzentgelte: Für bestimmte Leistungen sind Zusatzentgelte definiert, die ergänzend zu den Fallpauschalen abrechenbar sind. Alle Falldatensätze mit entsprechenden Leistungen sind um die darauf entfallenden Kostenanteile zu korrigieren.

Das G-DRG-System erfasst sowohl voll- als auch teilstationäre Leistungen. Die vollstationäre Versorgung untergliedert sich darüber hinaus in die Leistungserbringung in Haupt- oder Belegabteilungen. Zur Ableitung der spezifischen Verweildauerwerte und Bewertungsrelationen wird die bereinigte bzw. korrigierte Fallgesamtheit nach den Kriterien „Abteilungsart“ und „Versorgungsform“ in entsprechende Gruppen zusammengefasst.

2.3 Ableitung der Klassifikation

Berechnung der Verweildauergrößen

Die Fallpauschalenvergütung bezieht sich grundsätzlich auf eine im Rahmen einer Regelverweildauer erbrachte Behandlung.

Fälle, die im Rahmen der Regelverweildauer behandelt werden, werden als „Normallieger“ oder „Inlier“ bezeichnet. Die Regelverweildauer wird durch die untere Grenzverweildauer (UGV) und die obere Grenzverweildauer (OGV) begrenzt. Durch die Festlegung der unteren und oberen Grenzverweildauern wird die für die Weiterentwicklung relevante Datengrundgesamtheit der Inlier definiert.

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

Die OGV wird als Summe aus der mittleren Verweildauer und der zweifachen Standardabweichung berechnet, es sei denn die zweifache Standardabweichung übersteigt einen fest gewählten Maximalabstand. In diesem Fall beträgt die OGV die Summe aus mittlerer Verweildauer und Maximalabstand. Der feste Maximalabstand wird so gewählt, dass ein vorher bestimmtes, über Fallpauschalen abzurechnendes Vergütungsvolumen auf die tagesbezogenen Erlöszuschläge für Langlieger jenseits der OGV entfällt.

Für Ein-Belegungstag-DRGs wird keine OGV berechnet.

Berechnung der Fallkosten

Für jede DRG des bestehenden G-DRG-Systems (Ausgangsversion) werden die Fälle aller Kalkulationskrankenhäuser – so als stammten sie aus einem Krankenhaus – in einer Datei zusammengefasst (so genannte „Ein-Haus-Methode“).

Der auf dieser Basis berechnete arithmetische Mittelwert der Fallkosten der Inlier bildet die zentrale Grundlage für die Ableitung der Klassifikation.

Berechnung und Bewertung von Klassifikationsänderungen

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

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

Eine ergänzende Analyse bezieht sich auf die Veränderung der Kostenhomogenität der einzelnen Fallgruppen, indem mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten (HK) der Kosten die Auswirkung einer Klassifikationsänderung auf die Zusammensetzung der neu gebildeten bzw. veränderten Fallgruppen untersucht wird.

Zuerst werden nicht komplexitätsverändernde Alternativen berechnet, um Güteverbesserungen ohne Auswirkungen auf die Systemkomplexität (d.h. ohne Definition zusätzlicher Fallgruppen) erreichen zu können. Bei der Analyse komplexitätsverändernder Vorschläge werden unter Verwendung eines Standard-Splitsets (siehe Tab. 1) verschiedene Alternativen simuliert, bis durch eine weitere Differenzierung der Fallgruppen keine weitere Verbesserung der Varianzreduktion erzielt werden kann, keine weiteren signifikanten Splitkriterien aufgefunden werden und alle eingegangenen, berechenbaren Vorschläge – teilweise auch mehrfach – simuliert und bewertet sind.

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

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

* Die Splits wurden anhand einer Prozedurenliste durchgeführt

Tabelle 1: Splitkriterien des Standard-Splitsets

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

2.4 Berechnung der Bewertungsrelationen

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

Zur Kompensation von abweichenden Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten wird die Bezugsgröße zur Ableitung der Bewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt.

Bis zur G-DRG-Version 2005 einschließlich wurde die Bezugsgröße so berechnet, dass die durchschnittliche Bewertungsrelation der Inlier in Hauptabteilungen aus der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG den Wert 1,0 betragen sollte.

Erstmals für die G-DRG-Version 2006 wird die Bezugsgröße in der Weise berechnet, dass die für den plausibilisierten Datenbestand gem. § 21 KHEntgG ermittelte Summe effektiver Bewertungsrelationen („Casemix für Deutschland“) bei Verwendung des neuen Fallpauschalen-Katalogs konstant bleibt. Dieses Verfahren wird in Kap. 3.3.1.3 näher erläutert.

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

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

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

- Bei belegärztlicher Versorgung ist das anzuwendende Berechnungsverfahren abhängig von der je Fallgruppe verwendbaren Fallzahl der Inlier aus Kalkulationskrankenhäusern. Sofern die festgesetzten Voraussetzungen vorliegen, werden die Bewertungsrelationen und die Verweildauerwerte auf Basis der Falldaten der belegärztlich versorgten Patienten berechnet. Bei nicht gegebenen Voraussetzungen leiten sich die Bewertungsrelationen nach einem analytischen Verfahren aus den Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen ab.

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

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

Dabei wird die Berechnungsvorschrift je nach spezifischer Verweildauerkonstellation der relevanten Fallgesamtheiten wie im Vorjahr weiter differenziert.

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

Der Berechnung der zusätzlichen Entgelte für Langlieger (oberhalb der OGV) geht eine Analyse der Kostensituation der Langlieger im Vergleich zu den „Normalliegern“ (= Verweildauer zwischen UGV und OGV) voraus. Je nach DRG-spezifischer Kostenverteilung wird die tagesbezogene Bewertungsrelation auf analytischem Wege unter Verwendung eines Grenzkostenfaktors in Höhe von 70%, unter Nichtberücksichtigung des Grenzkostenfaktors oder mit Hilfe des Medians der Tageskosten der Langlieger berechnet. Tabelle A-2 im Anhang enthält die DRGs, bei denen im G-DRG-System Version 2006 für die Berechnung der zusätzlichen Entgelte der Grenzkostenfaktor nicht berücksichtigt wurde oder der Median der Tageskosten der Langlieger herangezogen wurde.

2.5 Zusatzentgelte

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

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

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

Die ausgewählten hoch spezialisierten Leistungen werden nach folgenden Gruppen unterschieden:

- Operative und interventionelle Verfahren: Es handelt sich in der Regel um hoch spezialisierte Leistungskomplexe, deren durch die Leistungsdefinition abgegrenzter Umfang unterschiedlich weit gefasst ist. Zu dieser Gruppe zählen auch Dialysen und verwandte Verfahren.
- Gabe von Blutprodukten: Die Untersuchung von Blutprodukten wird für einzelne Präparate mit der Gabe einer Mindestmenge verknüpft, da erst ab diesem Schwellenwert von einer spezialisierten, über den üblichen Behandlungsumfang hinausgehenden und ökonomisch relevanten Leistung ausgegangen werden kann.
- Gabe von Medikamenten: Es handelt sich um die Gabe von speziellen und teuren Medikamenten, z.B. aus den Gruppen der Zytostatika, Antimykotika, Immunmodulatoren, Immunglobuline, monoklonalen Antikörper sowie Präparate zur supportiven Tumorthherapie.

Für eine ausreichend differenzierte Analyse der potentiell zusatzentgeltrelevanten Leistungen werden häufig ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, deren Umfang durch das InEK vorgegeben wird. Dabei handelt es sich um Informationen zu angewandten Kalkulationsverfahren, Fallbezeichnungen mit ergänzenden Leistungsdaten (z.B. Anzahl der Leistungen, verabreichte Dosis bei Medikamentengabe) sowie Kostendaten, die in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind. Die ergänzend übermittelten Daten werden spezifischen inhaltlichen Datenprüfungen unterzogen.

Die Verfahren zur Bewertung der Zusatzentgelte richten sich nach der Art der betrachteten Leistung.

Bei operativen und interventionellen Verfahren handelt es sich um definierte Leistungsausschnitte einer Gesamtbehandlung. Die Berechnungsgrundlage bilden daher die im regulären Datensatz in modularer Struktur übermittelten Fallkosten unter Berücksichtigung des DRG-Bezugs. Die Kalkulation der mit der untersuchten Leistung verbundenen Kosten erfolgt durch eine Differenzkostenberechnung zwischen Fällen mit und Fällen ohne betrachteter Leistung. Für die Differenzkostenberechnung ist die Verteilung der Fälle auf die betroffenen DRG-Fallgruppen ausschlaggebend. Der Vergütungsbetrag eines Zusatzentgeltes entspricht damit dem gewichteten Mittelwert der Differenzkosten über die betroffenen DRGs.

Bei Dialysen und verwandten Verfahren bilden die mittleren Kosten der Kostenstellengruppe 3 die Berechnungsgrundlage für den festzusetzenden Vergütungsbetrag. Die Kosten der medizinischen und nicht medizinischen Infrastruktur fließen über einen pauschalen Zuschlag in die Bewertung ein. Angaben über Anzahl bzw. Durchlaufdauer des jeweiligen Verfahrens werden mit einbezogen.

Die Gabe von Medikamenten oder Blutprodukten ist durch variable Mengenverbräuche je Behandlungsfall gekennzeichnet. Dieser Tatsache wird durch die Bildung von leistungsindividuellen Dosisklassen, die sich an der Dosis- und Kostenverteilung des jeweiligen Wirkstoffs oder Blutprodukts ausrichten, Rechnung getragen. Für ein Zusatzentgelt ergibt sich der vergütungsrelevante Kostenwert je Mengenkategorie somit aus der Kostenverteilung innerhalb der jeweiligen Mengenkategorie. Als Grundlage für die Kalkulation der mit der Leistung verbundenen Kosten dienen die von den Krankenhäusern ergänzend übermittelten Kosten- und Leistungsdaten.

2.6 Versionsüberleitung der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

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

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung.

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

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

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

- Die Codes werden nicht berücksichtigt.
- Aufgrund der neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommenen Codes werden DRGs gebildet oder verändert.
- Neu geschaffene Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet.

3 G-DRG-System Version 2006

3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Das G-DRG-System Version 2006 umfasst insgesamt 954 DRGs. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Veränderungen zur Vorjahresversion:

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2006	954	+ 76
davon im Fallpauschalen-Katalog	912	+ 67
davon nicht bewertet (Anlage 3)	40	+ 7
davon rein teilstationäre DRGs	2	+ 2

Tabelle 2: Überblick über das G-DRG-System Version 2006

Im Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Anlage 2 FPV) befinden sich 40 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 35). Die Anzahl der krankenhausindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV) liegt bei 42 (Vorjahr: 36).

Für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Version 2006 wurden im Rahmen der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG Angaben zu ca. 17,7 Mio. Fällen aus 1.779 Krankenhäusern übermittelt. Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser stieg um 66 auf 214. Die auswertbare Fallmenge (nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen) aus den Kalkulationskrankenhäusern erhöhte sich auf ca. 2,9 Mio. Fälle (Vorjahr: ca. 2,3 Mio. Fälle).

Die rege Beteiligung am so genannten „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständs“ lieferte wiederum wertvolle Hinweise auf Ansatzpunkte zur Systemverbesserung. Insgesamt wurden ca. 2.000 Einzelvorschläge vom InEK geprüft und auf ihre Umsetzbarkeit im Rahmen der Weiterentwicklung untersucht.

Die Arbeiten zur Weiterentwicklung der Klassifikation und Ableitung der Bewertungsrelationen folgen den im Regelwerk aufgestellten Verfahrensgrundsätzen. Aktuelle Erfordernisse führten zu einer Anpassung in folgenden Bereichen:

- Der Ableitung der Bewertungsrelationen bei Belegversorgung wurden verschärfte Anforderungen an die Datenbasis zugrunde gelegt und die Verweildaueranpassung bei der normativ-analytischen Ableitung weiterentwickelt.
- Die Bezugsgröße wurde beginnend mit der G-DRG-Version 2006 so berechnet, dass auf der nationalen Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland“) im Vergleich zum Vorjahr konstant bleibt.
- Fälle in teilstationärer Leistungserbringung waren von den Kalkulationskrankenhäusern als kontaktbezogene Datensätze zu übermitteln und wurden vom InEK eingehenden Analysen im Hinblick auf ihre Abbildbarkeit im Fallpauschalenkatalog unterzogen.

Die Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung bezogen sich auf folgende Themengebiete:

- Intensivmedizin: Die verfügbaren Daten aus der ergänzenden Datenbereitstellung erlaubten die erstmalige Berücksichtigung der *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* in der G-DRG-Klassifikation. So konnten einerseits die Beatmungs-DRGs A06, A07, A11 und A13 weiter differenziert werden, zum anderen drei neue DRGs für aufwändige Intensivtherapie bei Fällen ohne Langzeitbeatmung kalkuliert werden.
- Unfallchirurgie: Bei einigen fallzahlstarken und im G-DRG-System 2005 noch nicht sehr homogenen DRGs der MDC 08 konnte unter anderem durch die neue Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* die operative Versorgung von Mehrfachverletzungen abgebildet werden. Mit Hilfe dieser Funktion konnte auch im Bereich der *Polytrauma*-MDC in den Basis-DRGs W02 und W04 eine Differenzierung nach Fällen mit Mehrfacheingriffen erreicht werden.
- Schlaganfall-Behandlung: Durch Erweiterung der DRG B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse* und der DRG B70 *Apoplexie* um das Kriterium der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls entstanden sieben neue DRGs, die eine verbesserte Abbildung der auf einer Stroke-Unit behandelten Schlaganfälle ermöglichen.
- Onkologie: Einen der wesentlichen Punkte der Weiterentwicklung für den Bereich der Onkologie stellt die differenziertere Abbildung der Chemotherapie dar. Aufgrund der für 2004 differenzierten OPS-Kodes für Chemotherapie konnten die Basis-DRGs R60 und R63 in insgesamt elf DRGs für Chemotherapie unterschieden werden. Eine DRG für *Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen (R16Z)* konnte im Bereich der operativen Partition der MDC 17 neu etabliert werden.

Die statistische Güte der Klassifikation, ausgedrückt durch den R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion, hat sich im Vergleich zur Vorjahresversion wie folgt entwickelt (siehe Tab. 3):

	G-DRG-System Version 2005	G-DRG-System Version 2006	Verbesserung (in %)
R^2 -Wert auf Basis aller Fälle	0,6617	0,6805	2,8
R^2 -Wert auf Basis der Inlier	0,7759	0,7884	1,6

Tabelle 3: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System Version 2005 und im G-DRG-System Version 2006 (Datenbasis: Daten des Jahres 2004)

3.2 Grundlagen der Weiterentwicklung

3.2.1 Datenbasis

3.2.1.1 Reguläre Datenlieferung

Den Umfang der regulären Datenlieferungen in den beiden Erhebungen (siehe Kap. 2.1) gibt Tabelle 2 wieder. Die Zahlen der Erhebung von Kostendaten sind als „davon“-Angaben der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zu verstehen, da die Kalkulationskrankenhäuser den um Kostendaten ergänzten DRG-Datensatz gem. § 21 KHEntgG zur Verfügung stellen. Die Angaben der Tabelle 4 geben den Stand nach erfolgten Fehlerprüfungen in der DRG-Datenstelle und vor Durchführung von Datenprüfungen durch das InEK wieder.

Kriterium	Erhebung von DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG	Erhebung von Kostendaten
Anzahl Krankenhäuser	1.779	214
Anzahl Betten	496.565	91.988
Anzahl Fälle	17.730.030	3.531.760

Tabelle 4: Umfang der Datenlieferungen (Stand: 8. Juni 2005)

Durch die Erhebung von DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG liegt ein nahezu vollständiges Bild des voll- und teilstationären Leistungsgeschehens in Deutschland vor. Die DRG-Datensätze gem. § 21 KHEntgG wurden u.a. für die Berechnung der Bezugsgröße verwendet (siehe Kap. 3.3.1.3).

Die Zahl der Kalkulationskrankenhäuser hat sich gegenüber dem Vorjahr um 66 erhöht. An der Kalkulation haben sich 9 Universitätskliniken beteiligt. Die Datensätze aus der Erhebung von Kostendaten bildeten nach Durchführung von Prüfungen die Grundlage für die Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation.

Zusammensetzung der Datenlieferungen

Alle Darstellungen zur Zusammensetzung der Datenlieferungen beziehen sich auf den in Tabelle 2 dargestellten Umfang von 1.779 Krankenhäusern sowie von 214 Kalkulationskrankenhäusern. Abbildung 1 stellt die regionale Zusammensetzung der Erhebungen nach dem Bundesland der einbezogenen Krankenhäuser dar.

Die Verteilung der in die Erhebung von DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG einbezogenen Krankenhäuser spiegelt annähernd die Versorgungsstrukturen der jeweiligen Bundesländer wider. Für die Erhebung der Kostendaten konnte dieses Ergebnis aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme nicht erwartet werden. Übereinstimmend stellen jedoch in beiden Erhebungen die Bundesländer Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg die stärksten Anteile einbezogener Krankenhäuser.

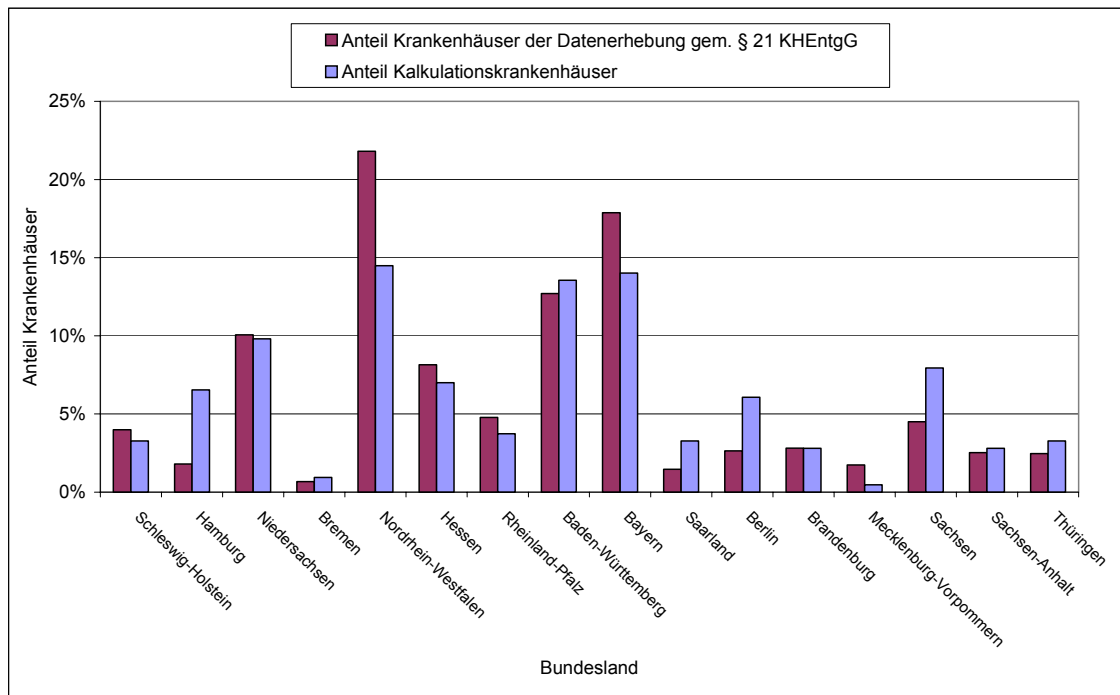


Abbildung 1: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Die Abweichungen zwischen den Anteilen der Bundesländer in den Datenerhebungen gehen aus Abbildung 2 hervor. Die Darstellung weist bundeslandbezogen die relative Abweichung des Anteils der Kalkulationskrankenhäuser vom Anteil der Krankenhäuser der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG aus.

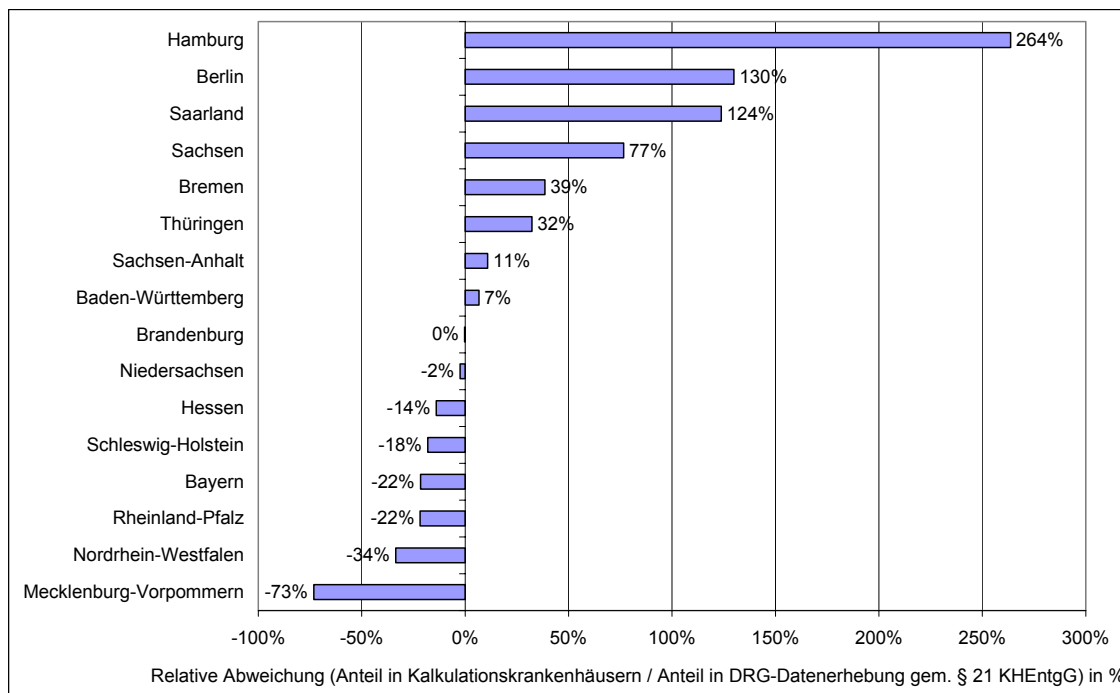


Abbildung 2: Relative Unterschiede in den bundeslandbezogenen Anteilen der Kalkulationskrankenhäuser im Vergleich zu den Anteilen der Krankenhäuser der DRG-Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG

Die Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser zeigt Abbildung 3. Wie schon im vergangenen Jahr wird aus der Gegenüberstellung der Kalkulationskrankenhäuser mit Krankenhäusern der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG bei den Kalkulationskrankenhäusern ein Übergewicht der Krankenhäuser ab einer Größe von mehr als 300 Betten erkennbar. Andererseits sind bei den Kalkulationskrankenhäusern kleine Krankenhäuser mit bis zu 300 Betten mit einem geringeren Anteil als ihrem Anteil in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG vertreten. Eine mögliche Ursache für dieses Ergebnis ist, dass größere Krankenhäuser tendenziell eher über die für die Durchführung einer Fallkostenkalkulation erforderlichen Mindestvoraussetzungen an personellen und technischen Ressourcen verfügen als kleinere Krankenhäuser. Gleichzeitig stellt die höhere Beteiligung großer Krankenhäuser (häufig Krankenhäuser der Maximalversorgung und Universitätskliniken) die Abdeckung des gesamten Leistungsspektrums mit ausreichenden Fallzahlen sicher.

Im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenjahr 2003 wird deutlich, dass bei den Kalkulationskrankenhäusern in der Tendenz der Anteil kleinerer Krankenhäuser bis 600 Betten insgesamt gestiegen und der Anteil großer Krankenhäuser mit mehr als 600 Betten tendenziell gesunken ist. Die Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser für das Datenjahr 2004 liegt also „dichter“ an der Verteilung der Krankenhäuser in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG.

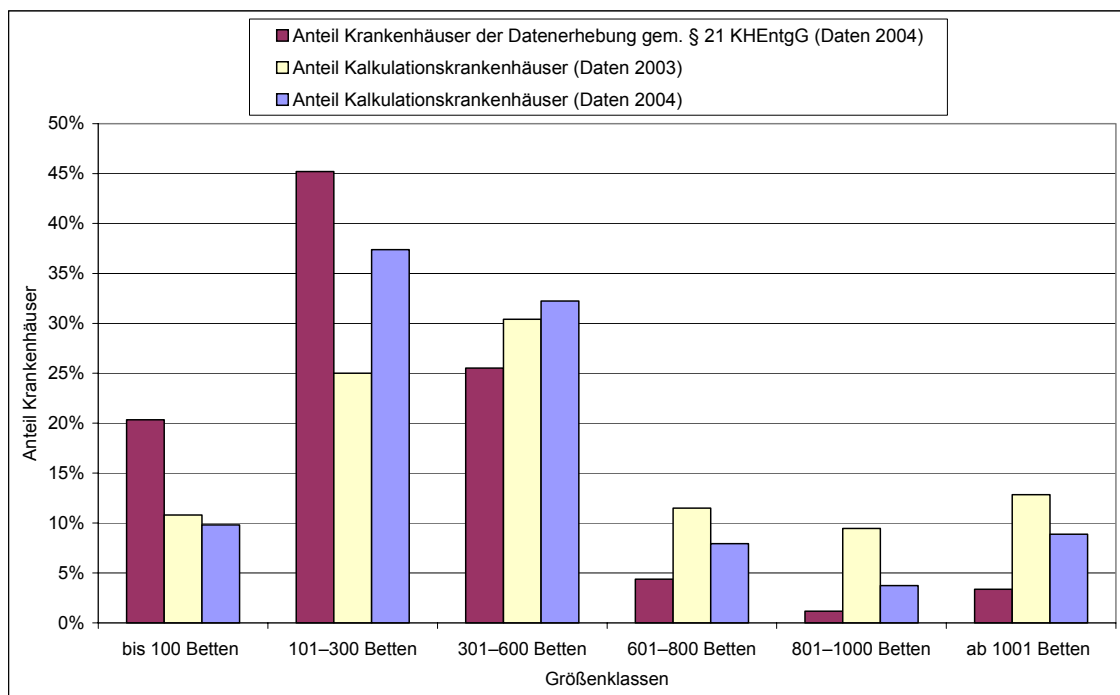


Abbildung 3: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach Bettengrößenklassen der Krankenhäuser

Die folgende Abbildung 4 zeigt, dass im Vergleich zur Datenerhebung für das Datenjahr 2003 bei den Kalkulationskrankenhäusern in der Tendenz der Anteil von Krankenhäusern in frei-gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft gestiegen und der Anteil der Universitätskliniken und Krankenhäuser in privater Trägerschaft gesunken ist.

Die Verteilung der Kalkulationskrankenhäuser für das Datenjahr 2004 liegt insgesamt „dichter“ an der Verteilung der Krankenhäuser in der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG.

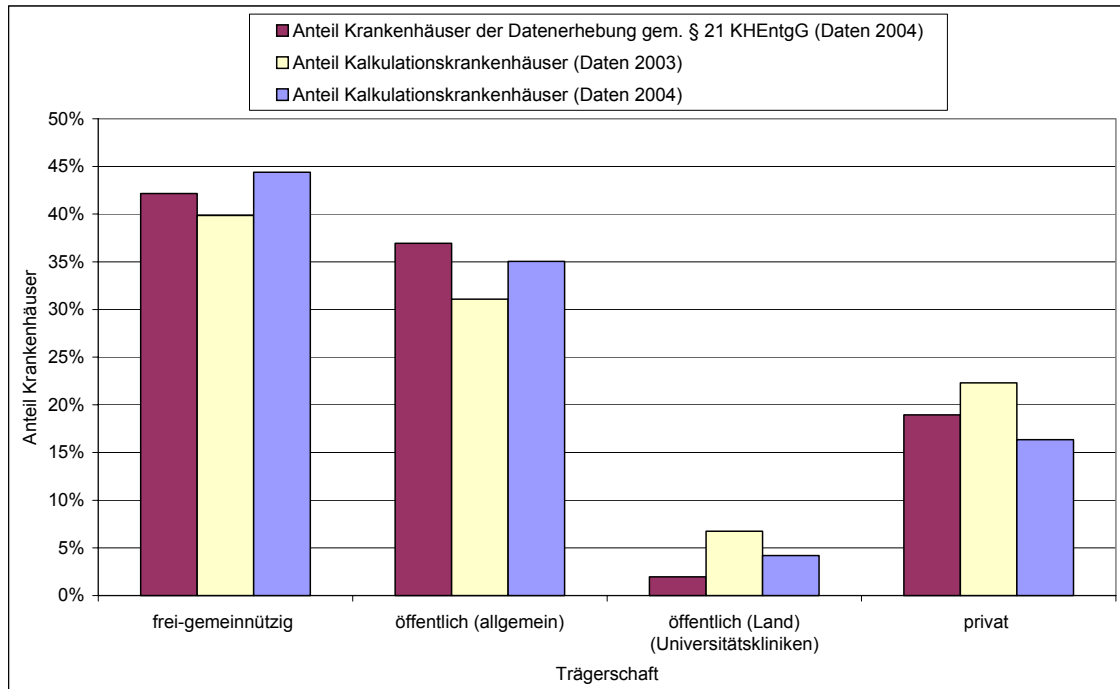


Abbildung 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

Umfang der Datenlieferungen

Den Anteil fehlerhafter Datensätze an den übermittelten Gesamtdaten (DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG und Kostendaten) bezifferte die DRG-Datenstelle mit 0,7%. Diese Fehlerquote wurde auf Basis der jeweils letzten Lieferung eines Krankenhauses nach Abschluss des Fehlerverfahrens ermittelt.

Die DRG-Datenstelle hat dem InEK die Daten zu insgesamt 3.738.107 Fällen der Kalkulationskrankenhäuser bereitgestellt.

Diese wurden um alle nicht matchbaren Datensätze (nur Leistungsdaten/keine Kostendaten: 4,1%; nur Kostendaten/keine Leistungsdaten: 1,4%) bereinigt. Fälle ohne DRG-Relevanz (vorstationäre Fälle ohne anschließende vollstationäre Behandlung: 4,3%; Fälle der Psychiatrie und Psychosomatik bzw. Psychotherapie: 0,3%; Begleitpersonen: 0,8%) wurden in eine separate Datenhaltung überführt und nicht weiter berücksichtigt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die insgesamt bereitgestellten Fälle.

Es wurden durchschnittlich je Fall 2,5 Prozeduren (bei maximal möglichen 100 Prozedurenangaben je Fall) und 3,9 Nebendiagnosen (bei maximal möglichen 49 Nebendiagnosenangaben je Fall) angegeben. Die Kostendaten je Fall waren im Durchschnitt in 26 verschiedenen Kostenmodulen angegeben.

Nach Ausschluss der vom Matchingproblem betroffenen und der nicht DRG-relevanten Datensätze standen 3.531.760 Fälle mit Kosten- und Leistungsdaten zur Verfügung (siehe Tab. 4).

Bereinigungen und Korrekturen

Tabelle 5 zeigt die von den verschiedenen Bereinigungs- und Korrekturmaßnahmen (siehe Kap. 2.2) betroffenen Fallmengen. Die Angaben beziehen sich auf die 3.531.760 geprüften Datensätze:

Bereinigung / Korrektur	Anteil Datensätze (in %)	Maßnahme
Fallzusammenführung	0,7	Herausnahme aus der Datenbasis
Herkunftskorrektur	19,2	Bereinigung Personalkosten (Korrekturfaktor: 1,0941)
Korrektur Zusatzentgelte: Dialysekosten	0,7	Bereinigung Dialysekosten
Korrektur Zusatzentgelte: Kosten für Faktorpräparate bei Bluterbehandlung	0,03	Kostenseparation
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	1,3	Bereinigung Sachkosten Arzneimittel (Einzelkostenzuordnung)
Korrektur sonstige Zusatzentgelte: Operative und interventionelle Verfahren	0,5	„Aussteuern“ aus der Datenbasis
Verlegungsreinigung	4,1	Herausnahme aus der Datenbasis (mit Ausnahmen)
Überliegerbereinigung	0,6	Herausnahme aus der Datenbasis

Tabelle 5: Ergebnis der Datenbereinigungen und -korrekturen (bezogen auf 3.531.760 Datensätze)

Datenumfang nach Bereinigungen und Plausibilitätsprüfungen

Nach den Plausibilitätsprüfungen sowie den Bereinigungen und Korrekturen (siehe Kap. 2.1 und Kap. 2.2) standen schließlich 2.851.819 Datensätze zur Verfügung. Es wurden also insgesamt 19,3% der 3.531.760 geprüften Datensätze der 214 Kalkulationskrankenhäuser durch Bereinigung und inhaltliche Datenprüfungen von der Kalkulation ausgeschlossen.

Die Verteilung dieser validierten 2.851.819 Datensätze nach Abteilungsarten und Verlegung enthält die folgende Tabelle 6.

Abteilungsart	Nicht verlegte Fälle (Fallzahl/Anteil in %)	Verlegte Fälle (Fallzahl/Anteil in %)	Gesamt
Versorgung in Hauptabteilung	2.419.829 84,9	150.601 5,3	2.570.430 90,1
Belegärztliche Versorgung	31.409 1,1	402 0,0	31.811 1,1
Teilstationäre Versorgung	248.270 8,7	1.308 0,0	249.578 8,8
Gesamt	2.699.508 94,7	152.311 5,3	2.851.819 100,0

Tabelle 6: Umfang der bereinigten und korrigierten Datenbasis nach Abteilungsart und Verlegungsstatus (Prozentangaben bezogen auf eine Datenbasis von 2.851.819 Fällen)

Von den 150.601 verlegten Fällen in Hauptabteilungen wurden alle 6.047 verlegten Fälle der 78 DRGs, bei denen die verlegten Fälle in der Kalkulation berücksichtigt wurden (siehe Tab. A-1 im Anhang), beibehalten.

Daraus ergab sich als Grundlage für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eine Fallmenge von 2.570.430 – (150.601 – 6.047) = 2.425.876 validierten Fällen mit Versorgung in Hauptabteilungen.

3.2.1.2 Ergänzende Datenbereitstellung

Der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems stehen in jedem Jahr die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG sowie die freiwilligen Datenlieferungen der Kalkulationskrankenhäuser mit Fallkosteninformationen zur Verfügung. Neben diesen „regulären“ Datenlieferungen wurden weitere ergänzende Fallinformationen aus den Kalkulationskrankenhäusern benötigt, um die relevanten Leistungen auf einer ausreichend differenzierten Datenbasis analysieren und bewerten zu können.

Der Umfang der ergänzenden Datenbereitstellungen wurde durch das InEK vorgegeben. Die Kalkulationskrankenhäuser waren gebeten worden, diese nach Möglichkeit zur Verfügung zu stellen.

Bei den ergänzend abgefragten Daten handelte es sich um

- Verfahrensinformationen, mit denen die Krankenhäuser Informationen über verfügbare Daten und angewandte Kalkulationsverfahren übermittelten und die der Sicherstellung einer ausreichenden Datenqualität dienen,
- Leistungsdaten, wobei es sich um die Kennzeichnung des Behandlungsfalles sowie die Angabe der Zahl der erbrachten Leistungen (bei Medikamenten: Datum der Gabe und verabreichte Dosis) handelte,

- Kostendaten, die für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten erforderlich waren, da deren Kosten in der modularen Kostendarstellung nicht leistungsbezogen erkennbar sind.

Abbildung 5 zeigt die aus den Kalkulationskrankenhäusern zur Verfügung gestellten Daten im Überblick:

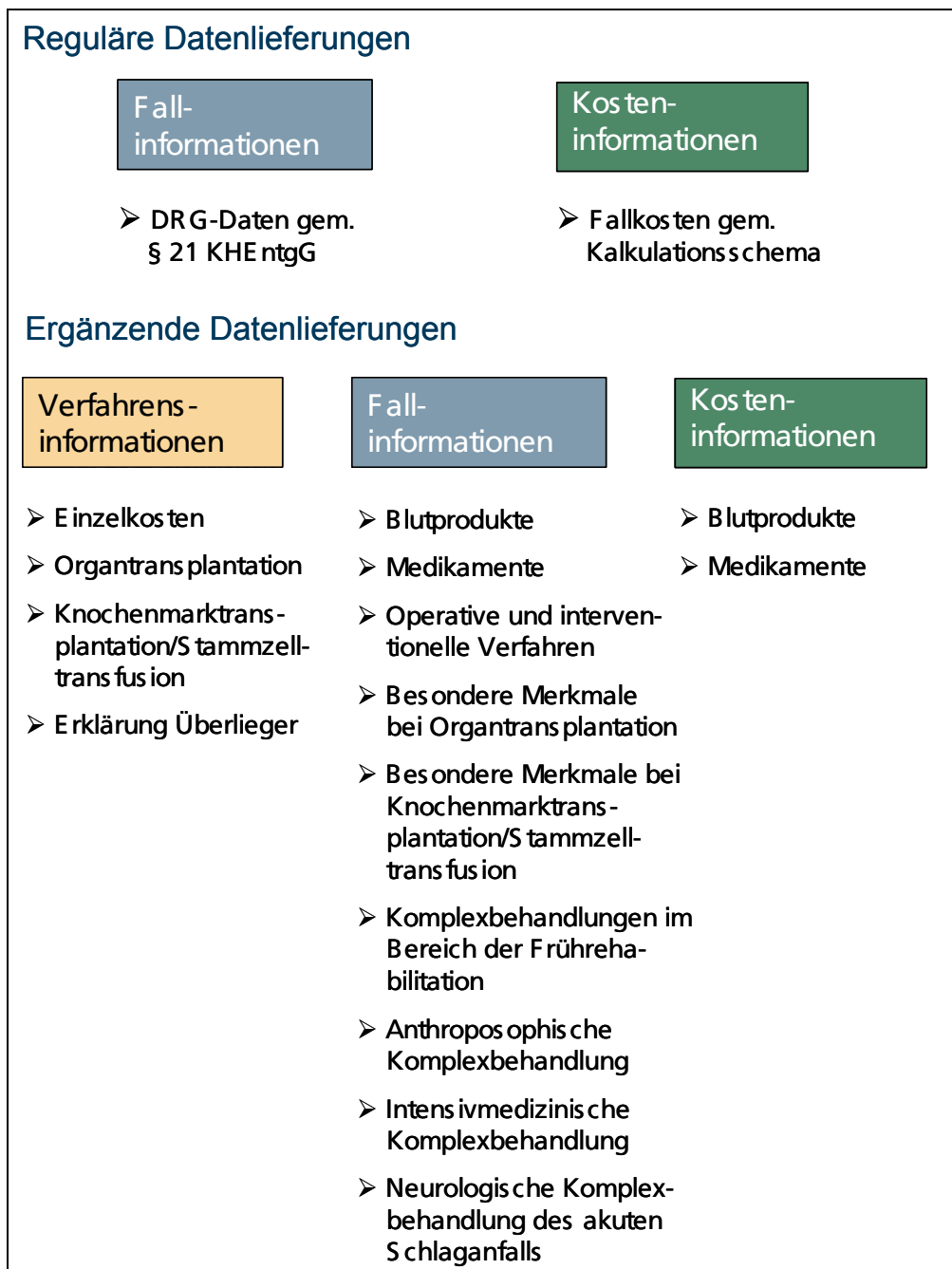


Abbildung 5: Übersicht der Datenlieferungen

Die Bereitstellung der ergänzend abgefragten Fallinformationen bedeutete für viele Krankenhäuser einen erheblichen personellen und zeitlichen Aufwand. Vor diesem

Hintergrund konnte ein bemerkenswert hoher Datenrücklauf verzeichnet werden, wofür den Krankenhäusern an dieser Stelle ausdrücklich gedankt sei.

■ **Verfahrensinformationen**

Über 90% der Kalkulationskrankenhäuser machten Angaben zur im Haus verfügbaren Datengrundlage und den angewandten Kalkulationsverfahren. Dabei kam es insbesondere darauf an, Kenntnis über die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Einzelkostenzurechnung besonders teurer Sachmittel (Implantate, Blutprodukte, teure Medikamente) zu erhalten. Viele der hoch spezialisierten Leistungen beinhalten den Verbrauch derartiger Sachmittel, sodass einer differenzierten und vollständigen fallbezogenen Kostenzurechnung im Krankenhaus besondere Bedeutung zukam.

■ **Leistungsdaten**

Im letzten Jahr wurden einige Abfragen zu speziellen Leistungsbereichen nur an einzelne Krankenhäuser versandt, in diesem Jahr wurde auf eine solche Einschränkung verzichtet und von allen kalkulierenden Krankenhäusern alle Leistungsbereiche abgefragt. Insgesamt haben 179 Krankenhäuser 203.284 Fälle übermittelt. Den Umfang der ergänzend bereitgestellten Leistungsdaten zeigt Tabelle 7:

Daten	Anzahl Krankenhäuser	Anzahl Fälle
Falldaten zu operativen und interventionellen Verfahren	116	6.338
Falldaten zu Blutprodukten	136	19.326
Falldaten zu Medikamenten	128	70.950
Falldaten zur Dialyse	111	25.853
Falldaten zu Transplantationen und bestimmten Merkmalen bei Organtransplantationen (Evaluierungsaufenthalt, Dringlichkeitsstufe)	14	1.144
Falldaten für den Bereich frührehabilitative Komplexbehandlung/Frührehabilitation	49	23.653
Falldaten zur neurologischen Komplexbehandlung (inkl. Fälle mit Stroke-Unit)	27	11.543
Falldaten Intensivmedizinische Komplexbehandlung	33	38.092
Falldaten zu weiteren Bereichen von Komplexbehandlungen (z.B. Naturheilkundliche und anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung)	8	5.898
Falldaten zu bestimmten Merkmalen bei Stammzell-/Knochenmarktransplantation	11	487

Tabelle 7: Ergänzend bereitgestellte Leistungsdaten (Übersicht)

■ **Kostendaten**

Kostendaten wurden leistungs- und fallbezogen für die Gabe von Blutprodukten und Medikamenten benötigt. Der Umfang der erhaltenen Daten ist in Tabelle 8 dargestellt:

Daten	Anzahl Kran- kenhäu- ser	Anzahl Fälle
Kostendaten zu Blutprodukten	130	18.428
Kostendaten zu Medikamenten	120	68.222

Tabelle 8: Ergänzend bereitgestellte Kostendaten (Übersicht)

3.2.2 Vorschlagsverfahren

3.2.2.1 Grundzüge des Verfahrens

Wie in den vergangenen Jahren hatten die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG das InEK erneut beauftragt, das so genannte „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes“ durch ein regelhaftes Verfahren zu führen. Die bewährte Konzeption des Verfahrens (siehe Punkt eins bis vier) wurde fortgeführt. Lediglich das Vorschlagstool wurde überarbeitet, um den Vorschlagenden durch vereinfachte Formulare mit detaillierten Ausfüllhinweisen das Einreichen von Vorschlägen zu erleichtern.

1. Vorschläge konnten ausschließlich per E-Mail an das InEK übermittelt werden.
2. Nur für Vorschläge, die bis zum 28. Februar eingebracht worden waren, wurde eine Rückfrage im Falle von Unklarheiten zugesagt.
3. Änderungsvorschläge zum ICD-10-GM Version 2005 bzw. OPS Version 2005 konnten ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden.
4. Gemäß dem Beschluss der Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG im Spitzengespräch am 9. Februar 2004 wurden die Namen der Antragsteller sowie eine gekürzte Darstellung des Inhalts der Vorschläge veröffentlicht.

Das „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“ (Vorschlagsverfahren für 2006) wurde am 29. November 2004 mit der Veröffentlichung der Verfahrensweise im Internet eröffnet. Die für 2005 eingeführten Verfahrensänderungen haben sich weiterhin dadurch bewährt, dass eine Vielzahl der Vorschläge frühzeitig eingereicht wurde und es somit möglich war, einen intensiven Dialog mit den Vorschlagenden zur Klärung offener Fragen zu führen. Zu etwa 40 der eingegangenen Vorschlagssendungen wurden teilweise mehrfach Nachfragen gestellt, was eine deutliche Verbesserung der Qualität des Vorschlagsverfahrens mit sich brachte.

Alle eingegangenen Vorschläge wurden in einer Eingangsliste erfasst. Diese Zusammenstellung der Vorschläge mit Vorschlagsnummer, dem Namen der vorschlagenden Institution/Einzelperson und einer stichwortartigen Quintessenz des Inhaltes wurden am 24. Mai 2005 auf den Internetseiten des InEK veröffentlicht.

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

Den abschließenden Teil des Verfahrens stellt die Information der Vorschlagenden über das Schicksal ihrer Vorschläge dar. Dabei wird ausführlich dargestellt, in welchem Umfang und aus welchen Gründen eingebrachte Vorschläge bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems berücksichtigt wurden.

3.2.2.2 Beteiligung

Die Beteiligung am Verfahren war wie in den vergangenen Jahren sehr rege. Insgesamt wurden 228 Vorschlagssendungen eingereicht (29 Vorschlagssendungen weniger im Vergleich zum Vorjahr). Dabei wurden 124 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften oder Verbänden sowie weitere 104 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/Institutionen eingebracht. Da eine Vorschlagssendung aus mehreren Teilveranschlägen (also Vorschlägen zu verschiedenen Problemstellungen oder DRGs) bestehen konnte, ergaben sich in etwa 1.670 Einzelvorschläge, was eine deutliche Steigerung der Anzahl der Einzelvorschläge gegenüber dem Vorjahr (1.370) bedeutet. Dazu kamen ca. 100 Einzelvorschläge aus den beiden vorherigen Vorschlagsverfahren, die erst in diesem Jahr rechenbar waren.

Die meisten Vorschläge gingen zu den Fachgebieten Chirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie, Innere Medizin, Onkologie, Kardiologie, Neurologie und Frührehabilitation ein, wogegen zu Themen wie Schwerbrandverletzungen, Schädel-Hirn-Trauma und HIV nur wenige Vorschläge eingebracht wurden. Wie bereits im Vorjahr wurde der größte Teil der Vorschläge von medizinischen Fachgesellschaften eingereicht. Eine detaillierte Aufstellung der vorschlagenden Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen kann der Zusammenstellung der Vorschläge entnommen werden, die auf den Internetseiten des InEK zum Herunterladen bereitsteht.

3.2.2.3 Bewertung und Berücksichtigung der Vorschläge

Im Vorjahr waren die eingebrachten Vorschläge in unterschiedlichem Maße konkret. Vorgabe der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG über die Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems war es, Lösungen innerhalb des G-DRG-Systems zu finden. Dies war in sehr unterschiedlichem Maß von den Vorschlagenden berücksichtigt worden. Auf die Schwierigkeiten bei der Berücksichtigung mangelnd konkreter oder außerhalb des vorgegebenen Rahmens befindlicher Vorschläge wurde in der Beantwortung der Einzelvorschläge, im Abschlussbericht und in Vorträgen und Veranstaltungen zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2005 hinge-

wiesen. Beim Vorschlagsverfahren für 2006 waren mehr als die Hälfte der eingebrachten Vorschläge auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser direkt simulierbar. Aber auch bei den nicht direkt simulierbaren Vorschlägen fand sich eine Verschiebung hin zu Lösungen innerhalb des Systems. Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren insbesondere:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Darauf wurde in der Verfahrensbeschreibung hingewiesen. Die im Rahmen des Verfahrens eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Kodes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet, allerdings hatte dies keine Verlängerung der Annahmefrist des DIMDI (31. März 2005) zur Folge.
- **Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte**

Die Ermittlung von Zusatzentgelten erforderte ergänzende Fallinformationen und eine eigene Methodik. In Kapitel 2.5 wird zur Ermittlung von Zusatzentgelten ausführlich Stellung genommen.
- **Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix**

Die Bearbeitung der CCL-Matrix beschränkte sich im Wesentlichen auf die Bereinigung von eklatanten Unstimmigkeiten. Auf die Änderungen der CCL-Matrix wird später im Abschlussbericht detailliert eingegangen.
- **Vorschläge zur Bildung neuer DRGs aufgrund neuer ICD-/OPS-Kodes**

Simulationen auf den Daten der Kalkulationskrankenhäuser konnten nur anhand von Kodes durchgeführt werden, die in den Datensätzen vorhanden waren oder aufgrund einer ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung standen. Mit neu beantragten Kodes wurde wie oben beschrieben verfahren. Wurden diese Kodes vom DIMDI in die Klassifikationen aufgenommen, so können sie ab dem Jahr 2006 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2007 in den Kalkulationsdaten der Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2005 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2004 übergeleitet. War dies nicht möglich, wurden diese Vorschläge für eine erneute Bearbeitung im nächsten Jahr vorgemerkt.
- **Duplikate**

Etwa 16% der Vorschläge wurden text- oder inhaltsidentisch von mehreren Institutionen/Personen eingebracht. Ein Vorteil ergab sich durch mehrfaches Einsenden nicht. Eine Priorisierung bei Mehrfachnennung fand nicht statt.
- **Vorschläge zur Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien**

Bei der Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2006 wurde die bereits im vergangenen Jahr begonnene Verschlinkung und inhaltliche Beschränkung auf ausdrücklich durch die Kodierrichtlinien zu regelnde Sachverhalte fortgeführt. Inhaltliche Änderungen wurden nur in geringerem Umfang vorgenommen. Die Änderungsvorschläge zu den Kodierrichtlinien flossen dabei in die Diskussion ein.
- **Vorschläge zur Änderung von Rahmenbedingungen des G-DRG-Systems**

Vorschläge, die grundsätzlich von den Rahmenbedingungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2005 abwichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wur-

den auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht oder flossen in die Diskussion bei der Änderung methodischer Ansätze (z.B. Langliegervergütung) ein.

- Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen

Es gingen nur noch wenige Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen im Rahmen des Verfahrens ein. Primär war es Ziel des Verfahrens, eine Lösung innerhalb des DRG-Systems zu finden. Einige DRGs wurden jedoch im Fallpauschalen-Katalog für das Jahr 2006 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlage 3 der FPV 2006) und müssen daher vor Ort zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern verhandelt werden. Diese Nichtbelegung mit einer Bewertungsrelation wurde nicht auf Antrag durchgeführt, sondern anhand einer Gesamtwürdigung objektiver Kriterien wie Homogenität, Langliegeranteil, Fallzahl etc. entschieden.

Die über 1.000 eingegangenen direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich dazu wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Etwa 15% der Vorschläge konnte direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt werden. Die Rate an umgesetzten Vorschlägen lag damit etwas niedriger als im Vorjahr. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. So wurde – angeregt durch die eingebrachten Problemdarstellungen – vor und während der Kalkulation eine Vielzahl von Änderungsvorschlägen entwickelt. Die Gesamtzahl der simulierten Änderungen lag damit ca. um den Faktor 3 höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge (insgesamt 3.118 Änderungsversionen).

3.3 Schwerpunkte der Weiterentwicklung

3.3.1 Anpassung der Methodik

3.3.1.1 Berechnung der Bewertungsrelationen für Belegversorgung

Im Fallpauschalen-Katalog 2005 konnten die Bewertungsrelationen von 15 DRGs bei belegärztlicher Versorgung eigenständig kalkuliert werden. Die restlichen 747 DRGs wurden normativ-analytisch aus den Bewertungsrelationen des Katalogs bei Versorgung durch Hauptabteilungen abgeleitet und bei entsprechender Abweichung in den Verweildauern der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG absenkend angepasst. Die Verweildauerangaben wurden bei analytischer Ableitung unverändert aus dem Katalog bei Versorgung durch Hauptabteilungen übernommen.

Kalkulation

Zur Verbesserung der Datenqualität für die Kalkulation des Katalogs 2006 wurden bereits im Vorfeld der Kalkulation detaillierte Analysen durchgeführt. Unter der Zielsetzung, möglichst viele DRGs eigenständig zu kalkulieren und die belegärztlichen Leistungen sachgerecht im Fallpauschalen-Katalog abzubilden, unterzog das InEK die Kalkulationsdaten für belegärztliche Leistungen zusätzlichen Plausibilitäts- und Konformi-

tätsprüfungen. Gleichzeitig wurden die Kalkulationsbedingungen gegenüber dem Vorjahr nochmals angehoben. Zur Kalkulation wurden Datensätze verwendet, wenn

- ausschließlich eine belegärztliche Versorgung erfolgte (keine Mischfälle),
- mindestens 40 Fälle pro DRG aus mindestens drei Krankenhäusern vorlagen,
- der Homogenitätskoeffizient der Kalkulation mindestens 65% betrug und
- ein Krankenhaus maximal 66% der Kalkulationsdatensätze stellte.

Um eine stochastisch stabile Kalkulation durchzuführen, wurden die Kalkulationsbedingungen für diejenigen DRGs verschärft, die unter Zugrundelegung oben genannter Bedingungen eine Differenz von mehr als 30% gegenüber den entsprechenden Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen aufwiesen.

Dafür mussten

- mindestens 80 Fälle pro DRG aus mindestens drei Krankenhäusern vorliegen,
- der Homogenitätskoeffizient mindestens 70% betragen und
- ein Krankenhaus durfte maximal 50% der Kalkulationsdatensätze stellen.

Auf Grundlage dieser Kalkulationsbedingungen konnten mit 16.678 Datensätzen 54 DRGs kalkuliert werden. Eine Aufstellung dieser DRGs befindet sich im Anhang (Tabelle A-3). Wird die Gesamtheit der gelieferten DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG betrachtet, repräsentieren diese DRGs rd. 63% aller plausiblen abrechenbaren Belegfälle in Deutschland.

Die Ermittlung der Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten erfolgte entsprechend den DRGs bei Versorgung durch Hauptabteilungen durch Division des arithmetischen Kostenmittelwertes der Inlier durch die Bezugsgröße. Die Bewertungsrelationen bei Belegoperateuren liegen bei den eigenständig kalkulierten DRGs im Mittel 27% unter denen der entsprechenden Hauptabteilung (siehe Tab. 9).

Differenz BR	DRG kalkuliert	DRG abgeleitet
Bis 10%	3	188
Über 10% bis 20%	7	477
Über 20% bis 30%	25	29
Über 30% bis 40%	17	1
Über 40% bis 50%	2	2
Mittelwert (fallzahlgewichtet)	27,06%	15,07%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung

Normativ-analytische Ableitung

Die modifizierte normativ-analytische Ableitung der Bewertungsrelationen für Belegoperateure/-ärzte bei nicht eigenständig kalkulierten DRGs wurde weiterentwickelt. Grundlage der Ermittlung der Bewertungsrelation war wie in den Vorjahren der Abzug

der mittleren Arztkosten aus den relevanten Modulen der DRGs bei Versorgung durch Hauptabteilungen. Dabei handelt es sich um die mittleren Kosten der Module „Personalkosten ärztlicher Dienst“ auf der Normalstation, im OP-Bereich, in der kardiologischen Diagnostik/Therapie sowie der endoskopischen Diagnostik/Therapie.

Wie im Vorjahr wurden die Ergebnisse einer Verweildauerstrukturanalyse (DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) verwendet, um eine verweildauerabhängige Kostenanpassung im Bereich der Normalstation vorzunehmen – in diesem Jahr allerdings sowohl absenkend als auch erhöhend. Auf der Normalstation wurden die Kosten in den Bereichen Pflegedienst, Funktionsdienst sowie medizinische und nicht medizinische Infrastruktur als verweildauerabhängig identifiziert. Lag eine Differenz der mittleren Verweildauer zwischen Haupt- und Belegabteilung vor, wurden die vorgenannten mittleren tagesabhängigen Kosten auf Basis der Verweildauerdifferenz angepasst. Eine Anpassung erfolgte jedoch nur dann, wenn mindestens 30 Behandlungsfälle mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG vorlagen. Bei der Ermittlung der Verweildauerabweichung wurde mit der exakten Differenz (gerundet auf eine Nachkommastelle) kalkuliert. Zur Absicherung des Ergebnisses gegen statistische Zufallseinflüsse musste die Verweildauerdifferenz kleiner als 20% der Verweildauer in der Hauptabteilung sein. Für 483 DRGs wurde eine Anpassung der mittleren Kosten auf der Normalstation vorgenommen. Für 137 DRGs ergab sich eine verweildauerabhängige Erhöhung und für 346 DRGs eine verweildauerabhängige Absenkung. Bei 211 DRGs wurden ausschließlich Arztkosten in Abzug gebracht (siehe Tab. 10).

Insgesamt liegen die Bewertungsrelationen für die Belegoperateure/-ärzte der abgeleiteten DRGs im Mittel 15% unter denen der DRGs bei Versorgung durch Hauptabteilungen (siehe Tab. 9).

Auf Basis der Verweildauerstrukturanalyse wurde weiterhin entschieden, die Verweildauern für die normativ-analytisch abgeleiteten DRGs mit Hilfe der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für Behandlungsfälle mit ausschließlich belegärztlicher Versorgung zu ermitteln. Um statistische Zufallseinflüsse bei der Kalkulation der mittleren Verweildauer zu minimieren, wurde die Verweildauer der Hauptabteilung verwendet, wenn weniger als 30 Behandlungsfälle in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG zur Verfügung standen. Die obere Grenzverweildauer wurde nach den üblichen Vorschriften abgeleitet. Entsprechend wurde für den Katalog bei belegärztlicher Versorgung die obere Grenzverweildauer im Vergleich zur Hauptabteilung 255-mal abgesenkt und 65-mal angehoben. Die untere Grenzverweildauer blieb im Vergleich zur Hauptabteilung bei allen analytisch-normativ abgeleiteten DRGs im Ergebnis unverändert.

Für 165 DRGs, die für die Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert wurden, ließen sich in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG keine Behandlungsfälle mit belegärztlicher Versorgung finden. Diese DRGs wurden aus dem Fallpauschalen-Katalog für belegärztliche Versorgung gestrichen.

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

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

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

Zusammenfassend wurde bei 483 DRGs zusätzlich zum Abzug der Arztkosten (s.o.) ein Zu- bzw. Abschlag der verweildauerabhängigen Module vorgenommen. Dadurch wurde die normative Ableitung deutlich entschärft und die Abschläge insgesamt gemildert. Bei ca. einem Drittel der DRGs wurden lediglich die Arztkosten abgezogen, ohne dass weitere Anpassungen vorgenommen wurden (siehe Tab. 10).

Verfahren	Anzahl DRGs
Verweildauerabhängige Anpassung (Zu- und Abschläge)	483
Ausschließlich Abzug Arztkosten	211
Eigenständige Kalkulation	54
Gesamt	748

Tabelle 10: Überblick Kalkulationsmethodik der DRGs bei belegärztlicher Versorgung

3.3.1.2 Definition und Bewertung teilstationärer Leistungen

Die Selbstverwaltungspartner haben in ihrem Beschluss vom Dezember 2004 explizit einen Kalkulationsauftrag zur Abbildung teilstationärer Leistungen aufgenommen. Zur Umsetzung des Beschlusses wurde das Kalkulationshandbuch um einen Abschnitt mit Kalkulationsvorschriften für teilstationäre Leistungen ergänzt. Gleichzeitig wurde vereinbart, dass die Datensätze gem. § 21 KHEntgG von Kalkulationskrankenhäusern tagesbezogen mit der Patientenummer als Pflichtangabe übermittelt werden müssen. Die Vereinbarung gem. § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG lässt im Übrigen eine Wahlmöglichkeit zwischen tagesbezogener und fallbezogener Übermittlung teilstationärer Leistungen zu; die Angabe der Patientenummer ist wegen der Kann-Bestimmung freiwillig.

Grundidee dabei war, die einzelnen Behandlungstage teilstationärer Leistungen zu analysieren und innerhalb der Kalkulationsstichprobe ggf. mit Hilfe der Patientenummer wieder zu einem Fall zusammenführen zu können. Mit dieser Erfassungsmethode wurde kein Präjudiz für eine durchgängig tagesbezogene Vergütung teilstationärer Leistungen geschaffen. Vielmehr lässt diese Art der Datenübermittlung die Entscheidung zwischen tages- und fallbezogener Vergütung offen, da nach Analyse der teilstationären Leistungen eine definitorische Zusammenfassung mehrerer Behandlungstage für eine fallbezogene Vergütung möglich ist.

Die Kalkulation teilstationärer Leistungen sollte sowohl tages- als auch fallbezogene kostenhomogene Entgelte ergeben. Dabei sollte die algorithmische Darstellung des DRG-Fallpauschalen-Kataloges grundsätzlich erhalten bleiben. Teilstationäre Leistungen werden in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG durch die Angabe des Aufnahme-

grundes „Krankenhausbehandlung, teilstationär“ identifiziert. Damit identifiziert ausschließlich ein Abrechnungsmerkmal teilstationäre Leistungen.

Kalkulationsbedingungen

Für die Kalkulation teilstationärer Fallpauschalen wurden die folgenden Kalkulationsbedingungen etabliert. Im Mittel wurden fünf teilstationäre Behandlungstage je Fall übermittelt. Für eine statistisch stabile Kalkulation sollte ein Minimum von 30 Datensätzen aus mindestens drei verschiedenen Krankenhäusern je zu kalkulierender Fallpauschale vorgesehen werden. Dies entspricht bei im Mittel fünf Behandlungstagen einem Minimum von 150 teilstationären Datensätzen je zu kalkulierender Fallpauschale. Der Homogenitätskoeffizient musste mindestens 55% erreichen und kein Krankenhaus durfte mehr als 66% aller Kalkulationsfälle einer zu kalkulierenden Fallpauschale zur Stichprobe beitragen. Zwei Krankenhäuser durften die Stichprobe gemeinsam nicht dominieren. Daher mussten zwei Krankenhäuser zusammen weniger als 95% aller Kalkulationsfälle stellen. Die Kalkulationsbedingungen von mindestens 150 Datensätzen aus mindestens drei verschiedenen Krankenhäusern waren nicht zu restriktiv angesetzt; sie führten bei rund 301.000 Datensätzen zu einem Ausschluss von ca. 11.000 Datensätzen (dies entspricht einem Anteil von 3,7%).

Problemfelder Kalkulation

Durch die späte Bekanntgabe der Veränderungen im Kalkulationshandbuch und in der Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG mussten die Kalkulationskrankenhäuser ihre fallbezogen dokumentierten teilstationären Datensätze in tagesbezogene Datensätze umwandeln. Dabei stießen die Krankenhäuser teilweise auf das Problem, dass die fallbezogene Prozedurendokumentation mit nur einem Datum für alle erbrachten Prozeduren versehen war. Eine einfache datumsorientierte Umwandlung in tagesbezogene Datensätze war damit nicht mehr möglich. Dieser Umstand hatte zur Folge, dass sich in diesen Fällen die tagesbezogenen Datensätze einzelner Krankenhäuser in ihrer Prozedurendokumentation fallweise nicht unterschieden. Dies führte im Umkehrschluss aber auch dazu, dass im Rahmen der Kostenträgerrechnung diese Datensätze alle mit den gleichen Kosten kalkuliert wurden. Einer Tiefenanalyse der teilstationären Datensätze auf Kosten- und Prozedurebene wurden damit erhebliche Behinderungen in den Weg gestellt. In einigen wenigen Kalkulationskrankenhäusern konnte die Einrichtung teilstationärer Kostenstellen nicht mehr rechtzeitig vorgenommen werden. In diesen Fällen wurde teilweise auf ein vereinfachtes Kalkulationsverfahren zurückgegriffen. Dies hatte zur Folge, dass alle teilstationären Datensätze unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung mit gleich hohen Kosten kalkuliert wurden. Die Kostenverteilung der medizinischen und insbesondere der nicht medizinischen Infrastruktur erfolgte teilweise in unplausibler Höhe. Datensätze, die im Rahmen der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen bei ihren Infrastrukturkosten mit extremen Ausreißern auffielen, wurden vom weiteren Kalkulationsverfahren ausgeschlossen.

Die Analyse der teilstationären Datensätze auf potentieller Fallpauschalenebene legte weitere Problemfelder offen, die für eine leistungsgerechte Abbildung teilstationärer Leistungen gelöst werden müssen. Beispielsweise konnten Kostenverteilungen mit mehreren Gipfeln beobachtet werden. Dies ist in der Regel ein Hinweis darauf, dass die Leistungsbeschreibung der betrachteten Datensätze nicht zu einer kostenhomogenen Fallpauschale führt. Entsprechend muss eine bessere Leistungsbeschreibung gefunden werden. Beispielsweise können tagesbezogene teilstationäre Leistungen bei der Kopfschmerzbehandlung eine Ausschlussdiagnostik, eine medikamentöse Einstel-

lung, eine Akupunkturbehandlung, eine Gruppentherapie wegen Schmerz-Wochenschulung oder eine invasive Schmerzbehandlung umfassen. Die Datenlage bot allerdings in diesen Fällen keine Möglichkeit zu einer Verbesserung der Leistungsbeschreibung. Die onkologischen teilstationären Datensätze wiesen eine sehr hohe Variabilität bei den Arzneimitteln auf. Plausible Kostenspreizungen zwischen wenigen Euro und mehreren tausend Euro waren keine Seltenheit. Da in den DRG-Datensätzen gem. § 21 KHEntgG keine Informationen über die verwendeten Arzneimittel übermittelt werden können, ist einerseits eine genauere Beurteilung dieser Variabilität schwer möglich. Andererseits verbliebe selbst bei Vorliegen dieser Arzneimittelinformationen das grundsätzliche Problem einer hohen Kostenstreuung in Abhängigkeit von der angewendeten Arzneimitteltherapie.

Scheinhomogenität

Die oben beschriebenen Kalkulationsunsicherheiten und die damit verbundenen Datensätze mit gleich hohen Kosten innerhalb eines teilstationären Falles führten im Ergebnis dazu, dass das zur Beurteilung verwendete Homogenitätsmaß unplausibel hohe Werte annahm. Damit wurde eine Scheinhomogenität angezeigt, die in Wirklichkeit nicht gegeben war, sondern der Tatsache einer nicht sachgerechten Kostenverteilung auf die tagesbezogenen Datensätze geschuldet war. Hatte beispielsweise ein Krankenhaus eine vereinfachte Kalkulation durchgeführt und allen tagesbezogenen Datensätzen gleich hohe Kosten zugewiesen, so wurde für dieses Krankenhaus eine Homogenität von 100% ermittelt, da keinerlei Kostenstreuung vorlag. Entsprechend war neben einer Betrachtung der Homogenität auf Fallpauschalenebene zusätzlich eine Homogenitätsbetrachtung auf Krankenhausebene erforderlich. Das Problem der Scheinhomogenität existiert in dieser Form für die übrigen Kalkulationsbereiche des Fallpauschalen-Kataloges nicht.

Ergebnis

Im Ergebnis haben sich die Selbstverwaltungspartner darauf verständigt, lediglich die teilstationäre Dialyse in den Fallpauschalen-Katalog für 2006 aufzunehmen. Die teilstationäre Dialyse konnte für Erwachsene und Kinder bis 15 Jahre getrennt dargestellt werden, wobei nur die DRG für die teilstationäre Dialyse bei Erwachsenen (L90B) mit einer Bewertungsrelation versehen werden konnte. Für die DRG für die teilstationäre Dialyse bei Kindern (L90A) ist ebenso wie für die übrigen teilstationären Leistungen ein krankenhausespezifisches Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu vereinbaren.

Ausblick

Für eine sachgerechte Abbildung und Kalkulation teilstationärer Leistungen ist ein Konsens über eine Leistungsdefinition dringend erforderlich. Eine fehlende Leistungsbeschreibung führt im Ergebnis zur nicht sachgerechten Hilfslösung, teilstationäre Leistungen über ein Abrechnungsmerkmal zu identifizieren. Ein weiterer Nachteil ergibt sich aus der Tatsache, dass teilstationäre Leistungen für die Abrechnung anders dokumentiert werden müssen als für die Kalkulation. Während die Abrechnung tagesbezogener teilstationärer Entgelte auf Fallbasis erfolgt (ein Fall je Quartal), sieht das Kalkulationshandbuch eine Kalkulation auf Tagesbasis vor. Die nachträgliche Umwandlung fallbezogener Datensätze in tagesbezogene Datensätze hat insbesondere bei den Prozedurenangaben zu erheblichen Schwierigkeiten geführt. Abhilfe schafft hier eine durchgängig tagesbezogene Dokumentation teilstationärer Leistungen. Dies bedeutet ggf. auch eine Anpassung der bestehenden Krankenhaus-Informationssysteme.

3.3.1.3 Berechnung der Bezugsgröße

Bislang wurde die Bezugsgröße so bestimmt, dass die mittlere Bewertungsrelation aller Inlier bei Versorgung durch Hauptabteilungen in den plausiblen DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG 1,0 entsprach. Dieses Vorgehen der Normierung entsprach durchaus internationalen Gepflogenheiten. Durch die Weiterentwicklungsmethodik konnte sich dabei allerdings ein technischer Effekt ergeben, der sich durch eine allgemeine Veränderung der Bewertungsrelationen ausdrücken lässt und der zu einer korrespondierenden Veränderung des individuellen Basisfallwertes führen würde. Bei allgemein sinkenden Bewertungsrelationen führte dieser zu einem Anstieg des krankenhausespezifischen Basisfallwertes, bei allgemein steigenden Bewertungsrelationen entsprechend zu einer Absenkung des hausindividuellen Basisfallwertes. Konnten die Budget- und Entgeltverhandlungen nicht prospektiv geführt werden, ergab sich automatisch ein technisch induzierter Liquiditätseffekt, da der krankenhausespezifische Basisfallwert erst zeitverzögert auf den technischen Effekt reagieren konnte.

Zur Minimierung des technisch induzierten Liquiditätseffektes hatten sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene entschlossen, die Bezugsgrößenberechnung beginnend mit der Kalkulation für den Fallpauschalen-Katalog 2006 auf eine andere Grundlage zu stellen. Demnach wurde die Bezugsgröße für den Fallpauschalen-Katalog 2006 so bestimmt, dass auf der nationalen Ebene die Summe der effektiven Bewertungsrelationen („Case-Mix für Deutschland“) konstant bleibt. Die effektive Bewertungsrelation ergibt sich aus der Gruppierung des Behandlungsfalles unter Anwendung der Abrechnungsbestimmungen der FPV. Das bedeutet, Abschläge bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer oder bei Verlegung sowie zusätzliche Entgelte bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer werden ebenso berücksichtigt wie Fallzusammenführungen bei Wiederaufnahmen und Rückverlegungen. Dieses Verfahren minimiert bei nicht prospektiv geführten Budget- und Entgeltverhandlungen und Weitergeltung des bisherigen krankenhausespezifischen Basisfallwertes den Liquiditätseffekt auf nationaler Ebene. Die Vorgehensweise zur Bestimmung der Bezugsgröße wird im Folgenden detailliert erläutert.

Datenbasis

Für die Ermittlung der effektiven Bewertungsrelationen wurden grundsätzlich sämtliche DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2004 herangezogen. Dabei wurden Behandlungsfälle aus der Betrachtung ausgeschlossen, die entweder im Fallpauschalen-Katalog für 2005 oder im Fallpauschalen-Katalog für 2006 keine Bewertungsrelation aufwiesen oder aufweisen. Dies galt für

- teilstationäre Leistungen, für die in 2005 ausschließlich Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abgerechnet wurden,
- Behandlungsfälle, die 2005 oder 2006 nicht mit dem Fallpauschalen-Katalog vergütet werden (Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG aus Anlage 3) und
- Behandlungsfälle mit noch nicht identifizierbaren Attributen (z.B. Intensivscores).

Die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG wurden einem Plausibilisierungsverfahren unterzogen. Nach dem Fehlerverfahren in der DRG-Datenstelle wurde der auf die Gesamtheit aller Datensätze anwendbare Ausschnitt aus den medizinischen Plausibilitätsprü-

fungen für die Kalkulationskrankenhäuser auf korrekte Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien durchgeführt. Nach den Vorgaben zur Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG sind Behandlungsfälle, die aufgrund der Abrechnungsbestimmungen zusammenzuführen sind, ausschließlich als zusammengeführte Behandlungsfälle an die DRG-Datenstelle zu übermitteln. Im Jahr 2004 hatten noch nicht alle Krankenhäuser, die dem KHEntgG unterliegen, ganzjährig nach dem DRG-Fallpauschalen-Katalog abgerechnet. Die Datensätze des Datenjahres 2004 konnten entsprechend noch nicht vollständig nach den Abrechnungsbestimmungen zur Fallzusammenlegung bei Wiederaufnahme oder Rückverlegung zusammengefasst worden sein. Daher wurden die DRG-Datensätze gem. § 21 KHEntgG daraufhin geprüft, ob sie auf Grundlage der Abrechnungsbestimmungen der FPV zusammengeführt hätten übermittelt werden müssen. Für den Fall, dass die Bedingungen zur Fallzusammenlegung erfüllt waren, wurden die entsprechenden Datensätze nachträglich zusammengeführt. Die effektiven Bewertungen ergaben sich nach den Abrechnungsbestimmungen der FPV. Für die Hochrechnung von der Kalkulationsstichprobe auf die Grundgesamtheit (= DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) wurde unterstellt, dass die mittleren Fallkosten einer DRG in der Grundgesamtheit den mittleren Fallkosten einer DRG in der Kalkulationsstichprobe entsprechen.

Der Umbau des Fallpauschalen-Kataloges für die Schlaganfallbehandlung (vgl. Kap. 3.3.2.23) konnte bei der Bestimmung der effektiven Bewertungsrelationen nicht direkt im richtigen Ausmaß berücksichtigt werden. Dies war der Tatsache geschuldet, dass die Kodierung der DRG-Daten gemäß § 21 KHEntgG für das Jahr 2004 den OPS-Kode für die Komplexbehandlung des Schlaganfalls wegen der Neueinführung des Codes im Jahr 2005 noch nicht enthielt. Dadurch wurden die Schlaganfälle bei Komplexbehandlung auf Basis der Daten aus 2004 zu niedrig bewertet. Diese datenbedingte Verzerrung des Case-Mix konnte auf der nationalen Ebene abgeschätzt und entsprechend bei der Normierung berücksichtigt werden. Analysen der Kalkulationsstichprobe zeigten, dass die Schlaganfallbehandlung durch die Weiterentwicklung des Fallpauschalen-Kataloges in etwa die gleiche Summe effektiver Bewertungsrelationen aufwies, sich allerdings die Verteilung der effektiven Bewertungsrelationen auf die einzelnen Behandlungsfälle unterschied. Mit diesem Analyseergebnis ließ sich die Auswirkung des Umbaus für die Schlaganfallbehandlung auf nationaler Ebene abschätzen.

Bei Konstanzhaltung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen ist zu berücksichtigen, dass sich durch die Veränderung des Kataloges für Zusatzentgelte einerseits die Erlössummen der Krankenhäuser verändern und andererseits aufgrund des Vollkostenansatzes in der Kalkulationsstichprobe die mit den Zusatzentgelten verbundenen Kosten herausgerechnet werden. Der damit verbundene Einfluss auf die Summe der effektiven Bewertungsrelationen konnte ebenfalls auf der nationalen Ebene geschätzt werden. Für den Umbau des Fallpauschalen-Kataloges für die Schlaganfallbehandlung und die veränderte Vollkostenbereinigung bei der Zusatzentgeltkalkulation wurde auf nationaler Ebene eine Gesamtsumme von 32.953 effektiven Bewertungsrelationen geschätzt.

Für den Fallpauschalen-Katalog 2005 ergibt sich auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr 2004 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 15.476.804. Unter Verwendung identischer DRG-Daten ergibt sich für den Fallpauschalen-Katalog 2006 eine Summe von effektiven Bewertungsrelationen in Höhe von 15.443.851. Die Differenz beträgt exakt 32.953. Die Bezugsgröße zur Ermittlung der Bewertungsrelationen für den Fallpauschalen-Katalog 2006 beträgt dann 2.836,00 €.

Ein Vergleich der Bezugsgrößen für 2005 und 2006 ist nicht möglich, da die beiden Bezugsgrößen durch unterschiedliche Methoden ermittelt wurden und ein relativer oder absoluter Vergleich der Bezugsgrößenhöhe keine Aussagekraft besitzt. Die gewählte Methode sorgt dafür, dass der Liquiditätseffekt auf der nationalen Ebene minimiert wird. Auf der Landesebene oder auf Ebene des individuellen Krankenhauses wird sich aufgrund der vom nationalen Durchschnitt abweichenden Struktur der Behandlungsfälle ein Liquiditätseffekt ergeben. Die Methode zementiert nicht die im Datenjahr 2004 bestehenden Strukturen, da in jeder Kalkulationsrunde die Summe der effektiven Bewertungsrelationen auf Basis der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG für das Datenjahr konstant gehalten wird – d.h. für die Kalkulation des Fallpauschalen-Kataloges für 2007 auf Basis des Datenjahres 2005.

3.3.2 Überarbeitung der Klassifikation

3.3.2.1 AIDS/HIV

Die Abbildung von HIV-Krankheit und HIV-assoziierten Erkrankungen erfolgt im G-DRG-System des Jahres 2006 weiterhin in einer eigenständigen MDC (MDC 18A *HIV*). Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erreichten uns bezüglich des Themas HIV einige Vorschläge, die analysiert wurden. Darüber hinaus wurden bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eigene Analysen angestellt. Diese führten dazu, dass das Splitkriterium der DRG S63 „Komplexe Diagnose“ durch einen PCCL-Split ergänzt wurde. In die DRG S63A *Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC* werden nun Fälle mit einer Infektion bei HIV-Krankheit eingruppiert, die zusätzlich zu einer komplexen Diagnose wie Tuberkulose der Lunge auch einen entsprechenden Schweregrad aufweisen. Hierdurch konnten eine schärfere Abtrennung aufwändiger Fälle sowie höhere Homogenitätskoeffizienten erreicht werden.

Weiterhin wurde die bisher ungesplittete DRG S65 *Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit* anhand der Kriterien „Herzinfarkt, chronische ischämische Herzkrankheit oder äußerst schwere CC“ differenziert. Auch diese Veränderung bildet aufwändige Patienten in einer eigenen Fallgruppe ab bei gleichzeitiger Verbesserung der Homogenität der betroffenen DRGs.

3.3.2.2 Alkoholintoxikation, -missbrauch und -abhängigkeit

In der MDC 20 *Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen* wurde eine umfassende Neugestaltung vorgenommen. Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2006 wurde erneut darauf hingewiesen, dass in den DRGs für Alkoholintoxikation, -entzug und Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit ein „Qualifizierter Entzug“ in dafür spezialisierten Kliniken nicht sachgerecht abgebildet sei. Da für den Qualifizierten Entzug in den vorliegenden Daten noch kein OPS-Code vorhanden war, wurden mit Hilfe umfangreicher Analysen entsprechende Behandlungsfälle hilfsweise detektiert. Diese stellten sich als deutlich kosten- und verweildauerunterschiedlich dar und wurden daher in eigenen Fallgruppen abgebildet.

Folgende Basis-DRGs waren hiervon betroffen:

- *V60 Alkoholintoxikation und -entzug*
- *V62 Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit*

Parallel wurde im OPS für das Jahr 2006 der Kode 8-985 *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]* neu etabliert. Über diesen OPS-Schlüssel werden die beiden DRGs *V60A Alkoholintoxikation und -entzug mit psychotischem Syndrom oder mit Qualifiziertem Entzug* und *V62A Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit Qualifiziertem Entzug* künftig angesteuert.

Weiterhin wurde im Vorschlagsverfahren kritisiert, dass bei Kindern und Jugendlichen grundsätzlich die DRG V60C (G-DRG-System 2005) angesteuert werde, und dies auch, wenn es sich um Fälle mit schweren Störungen handle. Mehrfach vorgeschlagen wurde, dass Patienten, die wegen einer Alkoholintoxikation mit Entzugssyndrom behandelt werden, in einer eigenständigen DRG abgebildet werden. Patienten, die wegen einer akuten Intoxikation ohne Entzugssyndrom behandelt werden, sollten getrennt davon ebenfalls einer eigenständigen DRG zugeordnet werden.

Im Rahmen der durchgeführten Analysen bestätigten sich bei der Basis-DRG V60 die vorgeschlagenen Parameter als bessere Kostentrenner gegenüber den bisherigen (Alter und Belegungstage). Demnach konnten auch diesbezüglich die Anregungen aus dem Vorschlagsverfahren umgesetzt werden.

Die folgende Übersicht (Tabelle 11) stellt die veränderte Abbildung der DRGs im Bereich Alkoholintoxikation, -missbrauch und -abhängigkeit in den Versionen des DRG-Systems 2005 und 2006 nochmals gegenüber:

G-DRG-System Version 2005	G-DRG-System Version 2006
V60A <i>Alkoholintoxikation und -entzug, mehr als ein Belegungstag oder Alter >17 mit äußerst schweren oder schweren CC</i>	V60A <i>Alkoholintoxikation und -entzug mit psychotischem Syndrom oder mit Qualifiziertem Entzug</i>
V60B <i>Alkoholintoxikation und -entzug, mehr als ein Belegungstag oder Alter >17 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC</i>	V60B <i>Alkoholintoxikation und -entzug ohne psychotisches Syndrom, ohne Qualifizierten Entzug, mit Entzugssyndrom</i>
V60C <i>Alkoholintoxikation und -entzug, Alter <18 Jahre, ein Belegungstag</i>	V60C <i>Alkoholintoxikation und -entzug ohne psychotisches Syndrom, ohne Qualifizierten Entzug, ohne Entzugssyndrom</i>
V62Z <i>Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit</i>	V62A <i>Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit Qualifiziertem Entzug</i>
	V62B <i>Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne Qualifizierten Entzug</i>

Tabelle 11: DRGs für die Alkoholintoxikation, -missbrauch und -abhängigkeit

3.3.2.3 Augenheilkunde

Schwerpunkte der Vorschläge im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die MDC 02 *Krankheiten und Störungen des Auges* waren Kombinationseingriffe (Extrakapsuläre Extraktion der Linse [ECCE] in Kombination mit anderen Eingriffen, beidseitige Eingriffe) sowie eine Neustrukturierung der Operationen an den Augenmuskeln und die Abbildung der Strahlentherapie in dieser MDC.

Bislang waren die Augenmuskel-Operationen in die DRGs C10Z *Eingriffe an den Augenmuskeln, Alter <7 Jahre oder komplexe Eingriffe an den Augenmuskeln* und C21Z *Eingriffe an den Augenmuskeln, Alter >6 Jahre* unterteilt. In den OPS Version 2004 wurden zahlreiche neue Codes für Kombinationsoperationen an den Augenmuskeln aufgenommen, diese wurden im OPS Version 2005 nochmals ergänzt. Dadurch werden für komplexe Eingriffe an den Augenmuskeln sowohl die Kodierung als auch die Definition der DRGs vereinfacht.

Aufgrund der Analysen konnten für das G-DRG-System 2006 die Fallgruppen für Augenmuskel-Operationen neu definiert werden. Hierunter fallen auch die klassischen Schiel-Operationen bei Kindern. Durch die Neueinteilung der Augenmuskel-Operationen in die neuen DRGs C10A *Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand* und C10B *Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand* konnten gegenüber der bisherigen Aufteilung nach Alter und komplexen Eingriffen aufwändigere Fälle besser abgegrenzt und die Homogenitätskoeffizienten (C10A: 78%, C10B: 77%) nochmals gesteigert werden. Nach Umsetzung der verbesserten Definition eines Eingriffs mit erhöhtem Aufwand zeigte sich das Splittkriterium *Alter <7 Jahre* nicht mehr als signifikanter Kostentrenner und wurde verlassen. Die umgesetzte Differenzierung berücksichtigt – wie bereits in der G-DRG-Version 2005 – bestimmte beidseitige Operationen als schweregradsteigernd.

Weiterhin wurde die Abbildung des Kombinationseingriffs „Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)“ vorgeschlagen. Die Analyse der vorliegenden Daten ergab signifikante Kostenunterschiede zwischen den Fallgruppen „Hornhauttransplantation mit ECCE“ und „Hornhauttransplantation ohne ECCE“ sowie eine Varianzreduktion, sodass die Basis-DRG C04 *Hornhauttransplantation* entsprechend gesplittet wurde. Vorschläge, weitere DRGs nach dem Kriterium ECCE zu splitten, wurden simuliert, konnten aber bei Fehlen signifikanter Kostenunterschiede nicht umgesetzt werden.

Im Vorschlagsverfahren wurde auch darauf verwiesen, dass Fälle mit bösartiger Neubildung und Strahlentherapie in der MDC 02 noch nicht spezifisch abgebildet waren. Die entsprechenden OPS-Kodes wurden der DRG C02A *Eukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung und Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung* zugeordnet. So konnte eine sachgerechtere Abbildung dieser Fälle erreicht werden.

3.3.2.4 Besondere Versorgungsbereiche

Auch im diesjährigen Vorschlagsverfahren sind wieder Hinweise zu hoch spezialisierten Themenbereichen eingegangen, die bisher nicht sachgerecht im G-DRG-System abgebildet waren und besondere Versorgungsbereiche betreffen. Es wurden Analysen zahlreicher Themen durchgeführt, z.B. zu den Themen Rheumatologie und Naturheilkundliche Komplexbehandlung.

Rheumatologische Komplexbehandlung

Die Etablierung einer neuen DRG für Rheumatologische Komplexbehandlung ist als wichtiger Punkt bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2006 zu nennen. Ein spezifisch verwendbares Attribut zur Bezeichnung der Rheumatologischen Komplexbehandlung fehlte bislang, dennoch konnte dieser Themenbereich mittels umfangreich durchgeführter Analysen untersucht werden. Demzufolge wurde eine eigenständige DRG I97Z *Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* definiert. Ab dem Datenjahr 2005 steht mit dem Kode *Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung* ein spezifischer Leistungsbezeichner für künftige Kalkulationen zur Verfügung.

Naturheilkundliche Komplexbehandlung

Der entsprechende OPS-Kode für die Naturheilkundliche Komplexbehandlung ist ein optionaler Schlüssel des OPS-301 Version 2004. Die Analysen der von spezialisierten Kliniken im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung übermittelten Daten zeigte, dass die Leistung der Naturheilkundlichen Komplexbehandlung über unterschiedliche MDCs verteilt ist. Weil darüber hinaus auch die übrigen Kriterien für die Etablierung eines Zusatzentgelts vorlagen, wurden diese Leistungen als ZE2006-40 *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* definiert. Allerdings war aufgrund der vorliegenden Daten eine Bewertung dieses Zusatzentgelts nicht möglich. Ab 2005 steht der Kode 8-975.2* *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* im amtlichen OPS zur Verfügung, was eine weitreichendere Datenbasis für die nächstjährige Kalkulation erwarten lässt.

3.3.2.5 CCL-Matrix

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2006 wurden abermals viele Vorschläge eingereicht, die eine Veränderung des PCCL-Systems betrafen. Das inhaltliche Spektrum der Vorschläge erstreckte sich im Wesentlichen wieder über die Aufnahme von über 3.000 Einzelkodes in die CCL-Matrix, das Streichen von CCL-Werten für gewisse Diagnosen, die Höher- bzw. Herunterstufung vorhandener CCL-Werte, die Streichung von CCL-Werten nur für einige Fallkonstellationen sowie die Bindung des CCL-Wertes von Diagnosen an bestimmte Prozeduren.

Für die Zeilenzuordnung sowie die Festlegung der Einträge in der Exklusionsliste wurde wie bereits im letzten Jahr hilfsweise das „Konzept eines Paten“ angewandt. Dabei werden die Zeilenzuordnung sowie die Exklusionen der neu zuzuordnenden Diagnose von einer verwandten Diagnose, die schon im CCL-System berücksichtigt wird, übernommen.

Nur in einigen Fällen wurden im Vorschlagsverfahren Vergleichskodes für eine bestimmte Diagnose benannt, der ein CCL-Wert zugewiesen werden sollte; teilweise wurde nur eine CCL-Wert-Spanne genannt, die einer Diagnose zugewiesen werden sollte, oder aber die Tatsache, dass eine bestimmte Diagnose mit einem CCL-Wert zu bewerten sei.

Jede einzelne Veränderung in der CCL-Matrix bzw. Exklusionsliste kann eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben. Demnach ist die Auswirkung jeder einzelnen Veränderung auf das Gesamtsystem immens. Demgegenüber existiert derzeit keine Methodik zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen, die durch den jeweiligen Umbau der CCL-Matrix zustande kommen.

Wie auch im vergangenen Jahr hätte die Aufnahme aller vorgeschlagenen Codes in die CCL-Matrix zu einer Entwertung des PCCL-Wertes als Splitkriterium geführt. Generell würden dadurch die PCCL-Werte der einzelnen Fälle ansteigen. Dies wiederum würde die Wahrscheinlichkeit verringern, dass höhere PCCL-Werte als Kostentrenner gefunden werden.

Daher wurden bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems lediglich eklatante Unstimmigkeiten bereinigt. Dies meint die Aufnahme von spezifischen Diagnoseschlüsseln in die CCL-Matrix, bei denen unspezifische Codes bereits Bestandteil der Matrix waren. So wurden beispielsweise Codes aus *S72.4- Distale Fraktur des Femurs* aufgenommen, da der unspezifische Code *S72.8 Frakturen sonstiger Teile des Femurs* schon in der CCL-Matrix enthalten war. Ebenfalls in die CCL-Matrix aufgenommen wurde z.B. der Code *U80.0! Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine und Oxazolidinone*, als „Pate“ stand hierfür der Code *B95.6! Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* zur Verfügung. Im Ergebnis wurden 180 Diagnosen neu in die CCL-Matrix aufgenommen, 9 Codes wurden aus der Matrix gestrichen, darunter z.B. der Code *F17.2 Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom*.

Nachdem bei der letztjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Anzahl der PCCL-gesplitteten DRGs zunächst von 441 auf 358 sank, wurden in diesem Jahr erneut alle DRGs auf mögliche PCCL-Splits untersucht. Insgesamt konnten so 9 neue Splits etabliert werden, was einer Gesamtzahl von 367 PCCL-gesplitteten DRGs für 2006 entspricht. Stellt man Vermutungen über die möglichen Gründe für diese Zunahme der PCCL-Splits an, so ist zum einen eine bessere Kodierqualität anzuführen, da viele Häuser 2004 bereits „DRG-orientierter“ verschlüsselt haben, zum anderen könnte der Decken-Effekt durch einen veränderten Krankenhausmix in der Kalkulation geringer ausgeprägt sein.

3.3.2.6 Dermatologie und Erkrankungen der Mamma

Die Abbildung insbesondere der operativen Dermatologie in der MDC 09 *Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma* zu optimieren war Schwerpunkt-Thema einiger Beiträge aus dem Vorschlagsverfahren für 2006. Insbesondere die optimierte Abbildung von Mehrfacheingriffen oder die verbesserte Abbildung von aufwandssteigernden Prozeduren waren hierbei Kernthemen. Nach Analyse dieser Bereiche konnte einem Teil der Vorschläge gefolgt werden. So wurden beispielsweise innerhalb der Basis-DRG J22 Fälle mit Weichteildeckung aufgewertet, diese werden zukünftig in die DRG *J22A Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung* eingruppiert. Ähnliches gilt für die Basis-DRG *J08 Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals oder äußerst schweren CC*, die nach Fällen mit komplexer Prozedur wie z.B. Schädelöffnungen oder Mundbodenplastiken differenziert werden konnte. Darüber hinaus wurden im Sinne der eingereichten Vorschläge weitere umfangreiche Analysen durchgeführt. So konnten durch Benennung von aufwandssteigernden Prozeduren neue DRGs etabliert werden. Nicht überall waren die Attribute, die für die Analyse zur Verfügung standen, so belastbar, dass sich hierdurch eine verbesserte Abbildung erzielen ließ. Teilweise konnte allerdings die Abbildung z.B. mit Hilfe von PCCL-Splits verbessert werden.

Aufgrund eigener Analysen zeigte sich für die Umstrukturierung der Basis-DRG J11 *Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma* eine Verbesserung des Gesamtsystems. Demzufolge wurden die in der G-DRG-Version 2005 vorhandenen drei Schweregrade zugunsten einer Differenzierung anhand von mäßig schweren Prozeduren aufgegeben.

Bei den Basis-DRGs J13 *Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung* und J15 *Große Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung* konnten die Eingangsbedingungen um Hauptdiagnosen für bösartige Neubildungen bereinigt werden, die in der Abfragereihenfolge der MDC 09 schon vorher in den DRGs J07Z *Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung* und J23Z *Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung* abgefragt werden.

Die bereits im Vorjahr guten Homogenitätskoeffizienten von über 65% konnten insbesondere in den operativen DRGs weiter verbessert werden, sodass in einigen Fällen in diesem Jahr Homogenitätskoeffizienten von über 70% (J06, J14) erreicht werden konnten.

3.3.2.7 Dialyseverfahren

Die Abbildung von Patienten, die zur Behandlung eines Nierenversagens bzw. speziell zur Dialyse aufgenommen werden, hat sich im G-DRG-System Version 2006 in einigen Punkten geändert. Weiterhin sind diese Patienten unter anderem den Basis-DRGs L60 *Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag*, L61 *Stationäre Aufnahme zur Dialyse* und L71 *Niereninsuffizienz, ein Belegungstag* zugeordnet, erstmals konnten allerdings mit den DRGs L90A *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter <15 Jahre* und L90B *Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter >14 Jahre* zwei neue DRGs zur Abbildung von teilstationärer Behandlung einer Niereninsuffizienz definiert werden.

Aus der Basis-DRG L60 konnten Fälle mit Thrombotischer Mikroangiopathie (L72A *Thrombotische Mikroangiopathie*), die noch in der G-DRG-Version 2005 in die MDC 05 eingruppiert wurden, sowie Fälle mit Hämolytisch-urämischem Syndrom (L72B *Hämolytisch-urämisches Syndrom*) abgegrenzt werden, da deren Fälle mit deutlich höheren Kosten verbunden waren.

Für Fälle, die nicht in die Basis-DRGs L60, L61 und L71 gruppiert werden, konnten bereits nach dem Fallpauschalen-Katalog für 2005 Zusatzentgelte für Dialysebehandlungen abgerechnet werden. Davon wurde das in 2005 bewertete Zusatzentgelt für die *Hämodiafiltration, intermittierend* für 2006 als unbewertetes Zusatzentgelt ausgewiesen. Demgegenüber konnten die Zusatzentgelte für *Extrakorporale Photopherese* und *Plasmapherese* bewertet werden.

3.3.2.8 Epilepsie

Wie bereits in der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation für das Jahr 2005 wurde für das Jahr 2006 die Abbildung der hoch spezialisierten Versorgung bei komplexer Epilepsie analysiert und verbessert. Dabei wurde die Eingruppierung in die DRG B76A *Anfälle, mehr als 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie* durch Abfrage des OPS-Kodes 1-213 *Syndromdiagnose bei komplizierten Epilepsien* ohne Bindung an eine Diagnosenbedingung von der Hauptdiagnose unabhängig gemacht, um

zu vermeiden, dass Fälle trotz erfolgter komplexer Diagnostik in eine andere DRG eingruppiert werden.

Weiterhin wird die DRG B76A *Anfälle, mehr als 1 Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie* nun in der Abfragereihenfolge vor der DRG B46Z *Sozial- und neuropädiatrische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* abgefragt, sodass die hoch aufwändigen Epilepsiepatienten im Kindesalter nun besser im G-DRG-System abgebildet werden.

Somit blieben die im Vorjahr neu definierten DRGs der hoch spezialisierten Leistungsbereiche der Epilepsie bestehen, allerdings wurde für einige DRGs aus diesem Bereich weiterhin keine Bewertungsrelation ausgewiesen. Die derzeit nicht pauschalierbaren Leistungen bleiben damit von den pauschalierbaren Leistungen dieses Themenkomplexes abgegrenzt.

Der Vorschlag zur Etablierung von DRGs zur komplexen epileptologischen Diagnostik in weiteren MDCs konnte aufgrund einer zu geringen Fallzahl in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser nicht umgesetzt werden.

3.3.2.9 Frührehabilitation

Wie in den Vorjahren war die Abbildung der Frührehabilitation ein wichtiger Punkt bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006 und es ergaben sich im Vorschlagsverfahren für 2006 wiederum viele Hinweise von Krankenhäusern und Fachgesellschaften zu dieser Thematik.

Da im Jahr 2004 noch keine Unterscheidung zwischen der *Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation* (8-552.-) und der *Anderen Frührehabilitation* (8-559.-) anhand von OPS-Kodes möglich war, erfolgte auch in diesem Jahr eine ergänzende Datenerfassung zu dieser Thematik, was eine schärfere Analyse der „neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems* ermöglichte.

Die Frührehabilitation wurde als Splitkriterium aus der DRG B02 herausgenommen, indem die bisherigen DRGs B02A *Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP mit äußerst schweren CC oder Beatmung >95 Stunden, mit Frührehabilitation*, B02C *Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP ohne äußerst schwere CC, ohne Beatmung >95 Stunden, mit Frührehabilitation* und B11Z *Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zur neuen, unbewerteten DRG B11Z *Frührehabilitation mit Kraniotomie, großer Wirbelsäulen-OP, bestimmter OR-Prozedur oder aufwändiger Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden* kondensiert wurden, welche nun oberhalb der Basis-DRG B02 abgefragt wird.

Zusätzlich werden Fälle mit Frührehabilitation zwischen 14 und 27 Behandlungstagen nun in der DRG B43Z abgebildet, wenn sie eine Beatmungsdauer von mehr als 95 Stunden aufweisen.

In der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* konnten aufgrund der ergänzenden Datenerfassung die DRGs F29Z *Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe* und I96Z *Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage* etabliert werden, da sich diese Fälle gegenüber der bisherigen Fallgruppenzu-

ordnung kosten- und verweildauerunterschiedlich zeigten. Zusätzlich zur Frührehabilitation werden diese DRGs durch die Funktion „Bestimmte OR-Prozeduren“ definiert.

Für einige DRGs aus diesem Bereich wird keine Bewertungsrelation ausgewiesen. Die derzeit nicht pauschalierbaren Leistungen bleiben damit von den pauschalierbaren Leistungen dieses Themenkomplexes abgegrenzt. Eine Bewertung ist nicht gelungen, da die aufgrund der ergänzenden Datenbereitstellung zur Verfügung stehenden Daten in diesem sehr speziellen Bereich sich uneinheitlich darstellen. Weitere Simulationen von Vorschlägen sowie eigene Analysen, auch in anderen als den bisher erwähnten vorgeschlagenen MDCs, führten aufgrund der vorliegenden Datenbasis zu keinen Systemänderungen.

Bei einer weiterhin regen Beteiligung im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2006 bestehen für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007, bedingt durch eine breitere Datenbasis des Jahres 2005, in dem die OPS-Kodes der *Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (8-552.-)* und der *Anderen Frührehabilitation (8-559.-)* bereits regulär kodiert werden, zusätzliche Analysemöglichkeiten.

3.3.2.10 Gastroenterologie/Endoskopie

Auch im diesjährigen Vorschlagsverfahren sind wieder zahlreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems im Bereich Gastroenterologie eingegangen.

Ein wie im letzten Jahr aktuelles Problem war die „Mindervergütung bei Mehrleistung“. So wurde nicht nur im Vorschlagsverfahren für 2006, sondern auch durch zahlreiche Hinweise vorgetragen, dass zusätzlich durchgeführte Maßnahmen zur Fallabwertung führen können. Dies sei in MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane* bei durchgeführten interventionellen Maßnahmen häufig der Fall. Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, erfolgte, wie bereits im Vorjahr angedeutet, in der MDC 06 eine partitionsübergreifende Sortierung. Davon betroffen waren DRGs der anderen und medizinischen Partition. Nähere Erläuterungen hierzu finden sich im Kapitel 3.3.3.3.

Ein Ergebnis dieser Analysen ist, um ein Beispiel anzuführen, die Abfrage der DRG G70A *Anderere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane mit äußerst schweren CC* (Bewertungsrelation: 1,296) der medizinischen Partition vor der DRG G50Z *Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC* (Bewertungsrelation: 0,722), welche in der anderen Partition zu finden ist. Hierdurch wird eine Mindervergütung von Fällen vermieden, die bislang aufgrund einer durchgeführten Gastroskopie der DRG G50Z zugeordnet waren.

Die DRGs G54Z *Koloskopie, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplizierenden Eingriff* und G55Z *Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC* des G-DRG-Systems 2005 waren in der Folge der Sortierung verzichtbar, da sich die endoskopische Leistung nicht mehr als Kostentrenner erwies.

Die Auflösung der DRG G49Z *Koloskopie und Gastroskopie, weniger als 3 Belegungstage* erfolgte bei ähnlicher Problematik, denn auch hier lag eine Untervergütung bei Mehrleistung vor. Der Anreiz zur Kodierung der Endoskopie war abhängig von der Verweildauer (1, 2, 3 Tage).

Die bisher bestehende Definition der Basis-DRG G09 *Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter >55 Jahre* und der DRG G24Z *Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter >0 Jahre oder beidseitige Eingriffe*

bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter >0 Jahre und <56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter >55 Jahre wurde derart erweitert, dass nun auch die Fälle abgebildet werden, die sich unterschiedlichen Hernien-Operationen in einer Sitzung unterziehen.

Um die Operationen bei Analatresien bei Neugeborenen aufwandsgerechter darzustellen, wurde die Verschiebung entsprechender Codes in diverse DRGs analysiert. Letztendlich erwies sich die Verschiebung der Codes in die DRG G17Z *Andere Rektumresektion* als beste Lösung. Dies bedeutet gegenüber dem letztjährigen System eine deutliche Höherbewertung der Behandlung anorektaler Fehlbildungen.

3.3.2.11 Geburtshilfe

Die wesentlichen Punkte im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2006 betrafen in dem Bereich Geburtshilfe Problembereiche, die bereits aus den vergangenen Jahren bekannt waren. Dies waren beispielsweise:

- Der Umbau der MDC 14 *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett* nach australischem Vorbild
- Die Abbildung der präpartalen Verweildauer mit dem Code 9-280 *Stationäre Behandlung vor Entbindung im gleichen Aufenthalt* des OPS 2005
- Die Abbildung von fetalchirurgischen Interventionen innerhalb der MDC 14

Das G-DRG-System unterscheidet „Entbindungs-DRGs“ wie die Basis-DRGs O01 *Secutio caesarea*, O02 *Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur* und O60 *Vaginale Entbindung* von „Nicht-Entbindungs-DRGs“ wie z.B. die O64 *Frustrane Wehen*. Hinsichtlich der Eingruppierung von Geburten war darauf hingewiesen worden, dass diese außer in die dafür vorgesehenen Entbindungs-DRGs auch zu einem geringen Anteil in Nicht-Entbindungs-DRGs eingruppiert werden. Andererseits würden aber Fälle in Entbindungs-DRGs abgebildet, bei denen keine Entbindung stattgefunden hat. Es wurde daher vorgeschlagen, einen Umbau der MDC 14 nach australischem Vorbild vorzunehmen, der die Zuweisung zu den Basis-DRGs O02 und O60 allein anhand von Diagnosen aus den Bereichen O80 – O82 *Entbindung* sowie Z37.-! *Resultat der Entbindung* vorsieht.

Dies war bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems noch nicht in vollem Umfang realisierbar. Es wurde allerdings die bestehende Definition der Basis-DRGs O02 und O60 derart erweitert, dass nun Fälle mit Entbindung anhand des Codes Z37.-! auch tatsächlich diesen Fallgruppen zugewiesen werden, wodurch sich eine Verbesserung des Gesamtsystems ergab. Parallel hierzu wurde in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 1507e) die Verwendung von Diagnosen aus Z37.-! spezifiziert.

Die Analysen zur Bereinigung der Entbindungs-DRGs um „Nicht-Geburten“ erbrachten dagegen uneinheitliche Ergebnisse, sodass diese bei der diesjährigen Revision nicht umgesetzt werden konnten. Die erneute Untersuchung dieses Themenbereiches ist für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 vorgesehen.

Bereits im letzten Jahr haben wir Hinweise auf die präpartale Verweildauer als möglichem Kostentrenner in Entbindungs-DRGs erhalten. Da seinerzeit hilfswise Analysen zur Simulation dieser Problematik ergebnislos blieben, wurde die Aufnahme eines entsprechenden OPS-Kodes in den OPS Version 2005 initiiert. In den diesjährigen Daten der Kalkulationskrankenhäuser lag dieser OPS-Kode allerdings noch nicht vor, weshalb wiederum hilfswise Analysen von Aufnahme-, Operations- und Entlassdatum

vorgenommen wurden. Dabei stellte sich allerdings der Kode O09.-! *Schwangerschaftsdauer* als besserer Kostentrenner dar, sodass letztendlich eine Differenzierung der Entbindungs-DRGs anhand der Diagnosen aus O09.-! *Schwangerschaftsdauer* erfolgte, was zur Unterteilung der Basis-DRG O01 in fünf Schweregrade, der Basis-DRG O02 in zwei Schweregrade und der Basis-DRG O60 in vier Schweregrade geführt hat. Die Entbindungs-DRGs konnten dadurch wesentlich differenzierter definiert werden, wodurch es gelang, hoch aufwändige Fälle von weniger aufwändigen Fällen zu trennen.

Erstmals berücksichtigt wurde die Durchführung von fetalchirurgischen Interventionen in der DRG O65A *Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit intrauteriner Therapie des Feten*. Im OPS Version 2006 wurden gleichzeitig die Verfahren für intrauterine Therapie des Feten und andere intrauterine Operationen am Feten weiter differenziert, sodass hier in den kommenden Jahren weiterführende Berechnungen möglich sein werden.

Aufgrund eigener Untersuchungen der übrigen DRGs der MDC 14 auf mögliche Kostentrenner konnten in der Basis-DRG O05 *Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft* Fälle mit Cerclage oder Muttermundverschluss aufgewertet werden. Berechnungen hinsichtlich einer besseren Abbildung von Komplikationen in der Schwangerschaft und unter der Geburt blieben ohne Ergebnis.

3.3.2.12 Geriatrie

Die DRGs der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung, welche im Jahre 2004 erstmals in das G-DRG-System aufgenommen wurden und im Jahre 2005 von der Frührehabilitation außer in der DRG K01A abgegrenzt wurden, wurden bei der diesjährigen Weiterentwicklung auf Möglichkeiten einer weiteren Differenzierung hin untersucht. Zu dieser Thematik gingen verschiedenste Vorschläge ein, die nahezu alle MDCs betrafen.

Aufgrund der Veränderungen der Leistungsbeschreibung des OPS-Kodes zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung wurde auch zu diesem Leistungsbereich eine ergänzende Datenabfrage bei den Kalkulationshäusern vorgenommen. Die Analysen zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung beruhten somit auf den ergänzend zur Verfügung gestellten konkretisierten Daten. Es konnte jedoch weder ein Split der untersuchten DRGs mittels des OPS-Kodes 8-550.2 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung; Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten* noch eine neue DRG in den jeweiligen MDCs anhand des OPS-Kodes 8-550.0 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung; Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten* etabliert werden, da entweder zu wenige Fälle vorlagen oder sich die Ergebnisse uneinheitlich darstellten. Eine Eingruppierung in eine DRG, welche mittels geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung definiert ist, ist somit weiterhin nur über die OPS-Kodes 8-550.1 und 8-550.2 möglich. Diese verlangen eine Behandlungsdauer von mindestens 14 Behandlungstagen und 20 Therapieeinheiten.

Zahlreiche konkrete Vorschläge wurden auch zur Etablierung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in Verbindung mit chirurgischen oder urologischen Eingriffen gemacht. Jedoch konnte eine Etablierung von DRGs für die gleichzeitige geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in Verbindung mit chirurgischer Wundtoilette oder auch speziellen Prozeduren wie kardiochirurgische, gefäßchirurgische, mammachirurgische oder urologische Eingriffe oder in Zusammenhang mit multi-

resistenten Keimen nicht geschaffen werden, da eine Beurteilbarkeit der durchgeführten Simulationen aufgrund geringer Fallzahlen nicht gegeben war.

Ein Split anhand des Barthel-Index ≤ 35 Punkte (ICD-Kodes U50.- und U51.-) und des motorischen FIM [Functional Independence Measure] von 13–42 Punkten führte in der Basis-DRG B44 *Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems* zu einer guten Kostentrennung. Darüber hinaus wurde dieses Merkmal als Eingangskriterium der Basis-DRG B44 aufgenommen. Für die weiteren untersuchten DRGs der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ergaben sich keine Verbesserungen durch eine Differenzierung anhand des Barthel-Index.

Weitere Systemverbesserungen waren auf der Basis der ergänzenden Datenerfassung nicht möglich, da entweder vorgeschlagene Konstellationen durch eine Unterrepräsentation in der Stichprobe nicht zu simulieren oder die Ergebnisse aufgrund geringer Fallzahlen widersprüchlich bzw. uneinheitlich waren. Die Verbesserungen in der Abbildung von geriatrischen Patienten über die vorgenommenen Änderungen des ICD-10-GM lässt jedoch für die nächsten Jahre eine noch differenziertere Analyse geriatrischer Fälle zu.

3.3.2.13 HNO

Im Rahmen des diesjährigen Vorschlagsverfahrens gingen zahlreiche Vorschläge zur Neuordnung der operativen DRGs in der MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses* ein. Eine Vielzahl dieser Vorschläge konnte umgesetzt werden. Es wurde vorgeschlagen, die operativen Eingriffe an der Nase und den Nasennebenhöhlen, welche im DRG-System Version 2005 auf verschiedene DRGs verteilt waren, in eigenen DRGs abzubilden, was fast vollständig umgesetzt werden konnte. Die in ähnlicher Weise vorgeschlagene Neuordnung der operativen Eingriffe an Ohr und Mastoid durch Zusammenführung von Fällen mit entsprechenden Prozeduren führte hingegen zu keiner Systemverbesserung.

Weiter umgesetzt werden konnten Vorschläge zur Kodaufnahme und -verschiebung von Kombinationsfrakturen am Kiefer, Alveolarkamm- und Vestibulumplastiken, die Repositionen von Gesichtsfrakturen, freie, mikrovaskuläre Transplantate, die Entnahme und Transplantation von Muskeln, Sehnen und Faszien, Lappenplastiken und freie Hauttransplantationen, Osteotomien des Mittelgesichts sowie eine bessere Abbildung von Diagnosen im Bereich Hörverlust bzw. Höreinschränkung. Durch diese Veränderungen konnte in der MDC 03 für Fälle mit verschiedensten aufwändigen Prozeduren eine homogenere Abbildung erreicht werden.

Die vom DIMDI im OPS für das Jahr 2006 vorgenommenen Änderungen in den HNO-Kapiteln 5-19, 5-20 und 5-21 ließen im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems aufgrund fehlender Leistungsbezeichner noch keine Simulation zu und sind daher erst in den kommenden Kalkulationen Grundlage der Analysen.

3.3.2.14 Intensivmedizin

Im Bereich Intensivmedizin und Beatmung wurden bereits im Rahmen der Kalkulation 2004 erhebliche Veränderungen vorgenommen. Die wichtigsten Umbauten im G-DRG-System waren damals

- die Ausdifferenzierung der Beatmungs-DRGs in der Prä-MDC mittels der Attribute „Operative Eingriffe“ (nach Aufwandsklassen gestaffelt), „Polytrauma“ und „intensivmedizinisch relevante Prozeduren“ und
- die Etablierung der Funktion „Komplizierende Prozeduren“ als signifikanter Kostentrenner auch außerhalb der Beatmungs-DRGs.

Beide Umbauten haben sich in der diesjährigen Kalkulation bewährt und wurden – nach einer Vielzahl von Analysen – leicht modifiziert in die G-DRG-Version 2006 übernommen.

Ein erheblicher Fortschritt bei der sachgerechten Abbildung intensivmedizinischer Leistungen konnte durch die erstmalige Berücksichtigung der *Intensivmedizinischen Komplexbehandlung* in der G-DRG-Klassifikation erreicht werden.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

In den OPS Version 2005 wurde mit dem Code 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* ein neues Attribut zur Bezeichnung hoch aufwändiger Intensivtherapie aufgenommen. Dieser Code wurde in enger Anlehnung an die Vorschläge der betreffenden Fachgesellschaften definiert und berücksichtigt eine Vielzahl wichtiger Parameter der Intensivmedizin:

- Aufwändige intensivmedizinische Leistungen wie invasive Monitoringverfahren, Katecholamingabe oder hoch dosierte Infusionstherapie (verwendet wird das internationale *Therapeutic intervention scoring system* oder **TISS**)
- Bedeutsame klinische und laborchemische Parameter des Patienten, z.B. Herzfrequenz, Nierenfunktion und Kaliumspiegel (hier kommt der *Simplified acute physiology score* oder **SAPS II** zum Einsatz)
- Bestimmte chronische Erkrankungen, die die Intensivtherapie wesentlich erschweren (Bösartige Tumore, AIDS)
- Alter des Patienten
- Aufnahmezustand (geplante Aufnahme oder Notfall)

Aus diesen Elementen wird einmal täglich ein Punktwert (0 bis maximal 184) ermittelt, die täglichen Werte werden für den Gesamtaufenthalt addiert, sodass nur ein OPS-Code *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* verschlüsselt wird. Dieser quantifiziert folglich den Gesamtaufwand des Intensivfalles.

Aufgrund der erstmaligen Kodierbarkeit dieser Leistung in 2005 hätten Kalkulationsdaten für eine Bewertung der Leistung erst in 2006 vorgelegen. Wegen der herausragenden Bedeutung der Thematik wurde jedoch versucht, bereits für das G-DRG-System Version 2006 eine verbesserte Abbildung der Intensivmedizin mit Hilfe dieses neuen Attributs zu erreichen.

Im Rahmen der ergänzenden Datenbereitstellung wurden dem InEK über 30.000 Fälle aus 33 Kliniken mit Daten zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung übermittelt, ein großer Teil davon mit exaktem Punktwert. Angesichts des hierzu erforderlichen Aufwandes in den Kliniken (teilweise vollständige Nacherfassung der Daten) stellt die

erfreulich rege Beteiligung an der ergänzenden Datenbereitstellung bereits einen großen Erfolg dar.

In Folge konnten dank der zusätzlichen Fallattribute einerseits die Beatmungs-DRGs A06, A07, A11 und A13 weiter differenziert werden, zum anderen 3 neue DRGs für aufwändige Intensivtherapie bei Fällen ohne Beatmung >96 Stunden kalkuliert werden.

Diese DRGs

F97Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung >1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit bestimmter OR-Prozedur* mit einer Bewertungsrelation von 11,808

G36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, >1104 Aufwandspunkte* (Bewertungsrelation 13,337)

W36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung >1104 Aufwandspunkte bei Polytrauma* (Bewertungsrelation 17,156)

nehmen hoch aufwändige operativ oder (mit Ausnahme der DRG F97Z) konservativ behandelte Fälle auf, die bislang aufgrund des fehlenden Attributs *Beatmung >96 Stunden* nicht den hoch bewerteten Beatmungs-DRGs der Prä-MDC, sondern einer „Nicht-Intensiv-DRG“ der jeweiligen MDC zugeordnet wurden und dort unterfinanziert waren. Die betroffenen Fälle waren in ihren Ursprungs-DRGs in aller Regel Langlieger.

Diese DRGs wurden alle mit einer hohen Einstiegsschwelle definiert. 1105 Aufwandspunkte bei der intensivmedizinischen Komplexbehandlung entsprechen einem 10–14 Tage maximal intensiv-behandlungspflichtigen Patienten. Ein nennenswertes Upcoding erscheint vor diesem Hintergrund kaum möglich.

Weitere Differenzierung der Beatmungs-DRGs

Die Beatmungszeit als primäres Zuordnungskriterium zu den DRG A06 bis A13 hat sich erneut als bester Kostentrenner erwiesen. Zusätzlich zu den in G-DRG 2005 eingeführten Splitkriterien (Operationen, Polytrauma) konnte in vier dieser fünf DRGs die *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* als weiteres Splitkriterium etabliert werden. Besonders aufwändige Fälle mit hoher Punktzahl werden somit den erlöshöchsten DRGs der jeweiligen Basis-DRG zugewiesen, wobei hier ebenfalls eine hohe Einstiegsschwelle zur Anwendung kam: Je nach DRG ist eine Untergrenze von 1105 bis sogar 3681 Aufwandspunkten erforderlich.

Neu ist ebenfalls, dass in drei DRGs (A06, A09, A13) ein Alterssplit eingeführt wurde, der zu einer besseren Vergütung von Intensivpatienten führt, die jünger als 16 Jahre sind.

Funktion Komplizierende Prozeduren

Zu diesem im letzten Jahr neu eingeführten Splitkriterium wurden im Rahmen des Vorschlagsverfahrens mehrere Änderungswünsche vorgebracht, die sowohl die Neuaufnahme als auch die Streichung von Codes aus dieser in mehreren MDCs schwegradsteigernd wirksamen Funktion anregten. Bei einer Vielzahl von Analysen zeigte sich aber kein positiver Effekt dieser Veränderungen. Als Verbesserung hat sich jedoch die Etablierung einer neuen Logik erwiesen, die für diese Funktion jetzt „zwei unterschiedliche Prozeduren“ statt bislang „zwei Prozeduren“ fordert. Somit erfüllen beispielsweise Fälle, die – kodierrichtlinienwidrig – zweimal die Prozedur „Lagerungsbehandlung“ tragen, nach G-DRG 2006 nicht mehr die Bedingungen dieser Funktion.

Diese Funktion hat sich in der diesjährigen Kalkulation als belastbares Splitkriterium erwiesen. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass die Zahl der derart gesplitteten DRGs weiter zugenommen hat. Neu ist die Gruppierungsrelevanz der Funktion beispielsweise in der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* und in der MDC 21A *Polytrauma*.

Ergänzende Finanzierungselemente

Die diesjährige Kalkulation hat erneut gezeigt, dass weiterhin ein Teil der bereits im Fallpauschalen-Katalog für 2005 ausgewiesenen Zusatzentgelte – etwa für Blutprodukte und Dialyseverfahren – von erheblicher Bedeutung für die sachgerechte Abbildung der Intensivmedizin ist. Die Veränderungen der Zusatzentgelte sind im Kapitel 3.4.1.3 ausführlich dargestellt.

Zukünftige Weiterentwicklungsmöglichkeiten

Die Verkürzung der so genannten OPS-Kalkulationslücke durch die ergänzende Datenbereitstellung zur Intensivmedizinischen Komplexbehandlung hat sich als sehr erfolgreich erwiesen. Es ist aber zu erwarten, dass sich mit dem Vorliegen dieser Informationen für den Gesamtbestand der Kalkulationsdaten wie auch der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG in 2006 die Analyse- und Umsetzungsmöglichkeiten zum Thema Intensivmedizin nochmals erheblich vergrößern werden. Zudem versprechen die ebenfalls in 2005 eingeführten neuen Codes für Blutprodukte und hochteure Medikamente weitere Erkenntnisgewinne für die nächstjährige Kalkulation.

Da sich bereits in diesem Jahr angedeutet hat, dass die Aufwandsklassen des Codes *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* recht breit gewählt wurden, wurde der OPS Version 2006 hier weiter differenziert.

3.3.2.15 Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie

Herzkranken Kinder sind im G-DRG-System Version 2006 weiter in zwei verschiedenen MDCs abgebildet. Alle Fälle mit einem Alter unter 28 Tagen sowie Fälle mit einem Alter unter einem Jahr und einem Aufnahmegewicht unter 2.500 Gramm werden der MDC 15 *Neugeborene* zugeordnet, andere Fälle in der Regel der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*.

Wie im letzten Jahr wurden anhand der Hinweise des Vorschlagsverfahrens und darüber hinaus aufwändige Analysen zur Identifizierung von Kostenunterschieden zwischen Kindern und Erwachsenen vorgenommen, die zu Änderungen in diesem Bereich führten. Das Alter als Kostentrenner wurde in zwei weiteren DRGs neu eingeführt: F75B *Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder Hautulkus, Alter <18 Jahre* und F49D *Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter <15 Jahre*. Die Zahl der nach Alter gesplitteten DRGs der MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* hat sich gegenüber der G-DRG-Version 2005 nochmals auf jetzt sieben DRGs erhöht.

Änderungen in MDC 15 Neugeborene

Im letzten Jahr wurde der in der Basis-DRG P02 *Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen* bestehende Split nach *schweren Problemen* durch einen Split anhand der Beatmungsdauer ersetzt. Bei den diesjährigen Analysen erwies sich die Beatmungsdauer weiter als der beste Kostentrenner in dieser DRG. Die Prozedurentabel-

le der Basis-DRG P02 wurde allerdings um verschiedene Gefäßeingriffe erweitert. Weiterführende Erläuterungen zur MDC 15 finden sich im Kapitel 3.3.2.28.

3.3.2.16 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

Akutes Koronarsyndrom

Im Vorschlagsverfahren wurde angeregt, alle Fälle mit einem akuten Koronarsyndrom (Herzinfarkt, instabile Angina pectoris) in einer Basis-DRG abzubilden, die ausdifferenziert werden sollte nach:

- Koronarintervention mit/ohne Stentimplantation
- Invasiver Diagnostik mittels Herzkatheter
- Ausstattung des Krankenhauses (Vorhandensein eines Herzkatheterlabors)
- Verlegungsstatus und Verlegungszeitpunkt
- Behandlung auf einer Intensivstation

Ein ähnlicher Vorschlag bezog in diese Einteilung noch die Leistungen

- Gabe von Glykoprotein(GP)-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten und
- Systemische Thrombolyse

mit ein. Diese Vorschläge wurden in zahlreichen Varianten berechnet, konnten aber nicht in der vorgeschlagenen Form umgesetzt werden. Zum einen hätte die gemeinsame Abbildung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom in einer Basis-DRG gegenüber der bisherigen Fallgruppendefinition die Differenziertheit der Abbildung verringert. Zum anderen war die Datengrundlage zu einigen der vorgeschlagenen Attribute nicht ausreichend. Erforderliche Leistungsbezeichner in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser fehlten (GP-IIb/IIIa-Rezeptorantagonisten) oder waren nur für wenige Fälle erfasst (systemische Thrombolyse). In detaillierten Analysen zur Abbildung verlegter Patienten zeigten sich diese nicht als auffällig.

Im Bereich der Koronarinterventionen wie auch der invasiven kardiologischen Diagnostik besteht bereits eine hoch differenzierte Abbildung im G-DRG-System, die für 2006 weiter verbessert werden konnte.

Interventionelle Kardiologie

Auch in diesem Jahr wurden umfangreiche Analysen im Bereich der interventionellen Kardiologie durchgeführt, insbesondere wurden Fälle mit Kombinationseingriffen eingehend untersucht. So werden beispielsweise Patienten, bei denen sowohl eine perkutan-transluminale Koronarangioplastie (PTCA) als auch eine perkutane-transluminale Angioplastie peripherer Gefäße (PTA) durchgeführt wurde, im G-DRG-System 2006 in die Basis-DRG F24 *Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem oder perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie* eingruppiert, was einer Aufwertung der Fälle mit diesem Kombinationseingriff entspricht.

Auch Fälle, bei denen eine intrakoronare Brachytherapie durchgeführt wird, werden im G-DRG-System 2006 durch die Abbildung in der DRG F52B *Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie* deutlich aufgewertet.

Ebenfalls aufgewertet wurde das diagnostische Verfahren *Endosonographie der Blutgefäße*. Dieses wird ab 2006 in der Basis-DRG F49 als eine *komplexe Prozedur* bewertet und führt damit in die DRG *F49A Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur*.

Die Implantation mehrerer Stents (beschichtet oder unbeschichtet) führte bereits im G-DRG-System 2005 zur Gruppierung in eine höher bewertete DRG, dies erfolgte bisher jedoch nicht bei der Kombination eines unbeschichteten Stents und eines beschichteten Stents, was für die G-DRG-Version 2006 entsprechend korrigiert wurde.

Weitere Veränderungen im Bereich der interventionellen Kardiologie waren:

- Neue DRG für den interventionellen Verschluss eines Atrium- und Ventrikelseptumdefektes
- Neue DRG für die intrakoronare Stammzelltherapie (unbewertet)
- Neue DRG für die invasive kardiologische Diagnostik bei Kindern unter 15 Jahren

Herz- und Gefäßchirurgie

Im Bereich der Herz- und Gefäßchirurgie wurde bereits für das G-DRG-System 2004 und 2005 eine umfangreiche Neugestaltung vorgenommen. So wurden zum Beispiel die DRGs der Herzklappen- und Bypasschirurgie umfassend ausdifferenziert.

Zu dieser Einteilung wurden Vorschläge eingebracht, hier weitere Prozeduren schwe-
regradsteigernd zu berücksichtigen, etwa die Implantation eines Herzschrittmachers während desselben stationären Aufenthalts oder die Durchführung intraoperativer ablativer Maßnahmen. Diese Vorschläge konnten aber nicht umgesetzt werden, da die Berechnung mit den Daten der Kalkulationskrankenhäuser keine Verbesserung des Gesamtsystems zeigte. Umgesetzt wurde aber eine Aufwertung bestimmter Operationen der Herzklappenchirurgie (Anuloplastik).

Somit haben sich in der Herz- und Gefäßchirurgie für 2006 nur moderate Änderungen ergeben.

Weitere Änderungen im Bereich Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

Neu etabliert wurde die DRG *F97Z Intensivmedizinische Komplexbehandlung >1104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit bestimmter OR-Prozedur*. Die Fälle dieser neuen DRG waren in G-DRG-Version 2005 über verschiedene DRGs in der operativen Partition verteilt und haben jetzt durch eine separate Abbildung eine zum Teil erhebliche Aufwertung erfahren. Die Definition dieser DRG ist in Kapitel 3.3.2.14 gesondert erläutert.

Bei der Analyse des letzten Jahres zeigte sich besonders, dass bei Fällen mit einer Endokarditis, bei denen zusätzlich eine Herzkatheteruntersuchung vorgenommen wurde, es zu einem erheblichen Mindererlös kam. Es wurden im G-DRG-System 2005 daher Differenzierungen bei DRGs mit interventioneller Diagnostik anhand schweregradsteigernder Diagnosen vorgenommen. In diesem Jahr wurde eine umfangreiche Analyse der Fälle mit Endokarditis ohne interventionellen Eingriff durchgeführt und auf verschiedene Punkte zur Eignung als Kostentrenner untersucht. Hier die detektierte Analyse schweregradsteigernder Nebendiagnosen, sodass die Basis-DRG F61 *Infektiöse Endokarditis* ab 2006 anhand von komplizierenden Nebendiagnosen (z.B. Osteomyelitis, intrazerebrale Blutungen) weiter ausdifferenziert wird.

Anders als in der MDC15 sind in der MDC 05 sowohl Erwachsene als auch Kinder im Alter über 28 Tage abgebildet, sofern ihr Aufnahmegewicht über 2.500 Gramm beträgt. (Alterssplits: siehe hierzu Kap. 3.3.2.15). Neben dem Alter erwies sich der PCCL-Wert in einigen DRGs als guter Kostentrenner, sodass in acht DRGs neue Splits anhand der Attribute „schwere CC“ oder „äußerst schwere CC“ vorgenommen wurden.

3.3.2.17 MS-Behandlung

Zum Thema Multiple Sklerose erreichten uns in diesem Jahr nur wenige Vorschläge zur Weiterentwicklung für das Jahr 2006. Bei den Analysen ergaben sich keine umsetzbaren Ergebnisse in diesem Themenbereich, sodass keine Änderungen im G-DRG-System vorgenommen wurden. Die erfolgte Differenzierung des ICD-10-GM Version 2005 hinsichtlich der Kodegruppe G35 *Multiple Sklerose* wird bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 im Bereich Multiple Sklerose differenziertere Untersuchungen zulassen.

3.3.2.18 Multiresistente Erreger

Die seit der Version 2004 in den ICD-10-GM aufgenommenen Codes zur spezifischen Verschlüsselung multiresistenter Erreger standen für die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Verfügung. Dennoch blieben Berechnungen, insbesondere zur Berücksichtigung von ICD-Codes für multiresistente Keime, an zahlreichen Stellen im DRG-System ohne systemumbauenden Effekt, da sich diese nicht als Kostentrenner erwiesen.

Es erfolgte jedoch in Analogie zu Codes aus B95-97 *Bakterien, Viren und sonstige Infektionserreger als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind* die Aufnahme der Codes U80.0! *Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin, Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone (MRSA)* und U80.1! *Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penizillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine* in die CCL-Matrix. Somit können diese Codes nun ebenfalls schweregradsteigernd wirken.

Zur künftigen detaillierteren Untersuchung der seit längerem vorgetragenen Problematik der multiresistenten Erreger wurde für das Jahr 2006 ein neuer OPS-Code 8-987.- *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]; Komplexbehandlung auf spezieller Isoliereinheit* geschaffen.

3.3.2.19 Onkologie

Der bereits im Vorjahr eingeschlagene Weg der differenzierteren Abbildung von Leistungen zur Versorgung onkologischer Patienten wurde bei der Weiterentwicklung für das Jahr 2006 weiterverfolgt.

Einen der wesentlichen Punkte der Weiterentwicklung für das Jahr 2006 stellte die differenziertere Abbildung der Chemotherapie dar. Die Verschlüsselung von Chemotherapie wurde für den OPS-301 Version 2004 in der Form differenziert, dass erstmalig eine Unterscheidung nach Komplexität im Vergleich zur vorherigen Einteilung nach Applikationsart möglich war. Dadurch konnten die Basis-DRGs R60 *Akute myeloische*

Leukämie und R63 *Andere akute Leukämie* in insgesamt elf DRGs für Chemotherapie differenziert werden. Eine DRG für *Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen* (R16Z) konnte im Bereich der operativen Partition der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* neu etabliert werden. Die folgende Tabelle 12 zeigt eine Übersicht der vollzogenen Differenzierung der Basis-DRGs R60 und R63. Dadurch wird die Spreizung der Bewertungsrelationen deutlich, die erheblich gesteigert werden konnten (von 1,225 – 5,859 auf 1,078 – 9,907). Dabei ist auch die unten beschriebene Sortierung von Relevanz.

MDC	DRGs zur Chemotherapie im G-DRG-System Version 2005	BR	DRGs zur Chemotherapie im G-DRG-System Version 2006	BR
Prä	A42A	4,093	A42A	4,233
17			R16Z	4,327
	R60A	5,859	R60A	9,907
	R60B	5,259	R60B	6,145
	R60C	4,077	R60C	5,744
			R60D	4,535
			R60F	1,967
	R63A	4,144	R63A	7,748
	R63B	3,774	R63B	4,351
	R63C	3,170	R63C	3,860
			R63D	3,224
	R63E	1,225	R63E	2,749
R63G			1,078	

Tabelle 12: DRGs zur Abbildung der Chemotherapie

Erstmalig wurde in diesem Jahr in der MDC 17 weitestgehend eine partitionsübergreifende Sortierung vorgenommen, was bedeutet, dass die DRGs der operativen und die DRGs der medizinischen Partition in ihrer Abfragereihenfolge im Algorithmus nach absteigender Bewertungsrelation sortiert wurden. Dadurch wurde die Problematik der Mindervergütung bei Mehrleistung weitgehend behoben, durch die z.B. ein Fall mit Chemotherapie, welcher der DRG R63A *Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis* der G-DRG-Version 2005 zugeordnet worden wäre, durch einen operativen Eingriff in die DRG R11B *Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC* mit einer deutlich niedrigeren Bewertungsrelation als die der DRG R63A eingruppiert wurde. Weitere Hinweise zur Sortierung finden sich im Kapitel 3.3.3.3.

Aufgrund der letztjährigen Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR 0201d) für Fälle, bei denen die Aufnahme des Patienten primär zur systemischen Chemotherapie des Primärtumors und/oder der Metastasen erfolgt ist, wurde nach Möglichkeiten gesucht, diese Veränderungen zu simulieren. Anhand von Plausibilitätsprüfungen konnten die betroffenen Fälle identifiziert und im Sinne der DKR 0201d umkodiert werden. Hierdurch konnte die Änderung der Kodierrichtlinie bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2006 berücksichtigt und die daraus resultierenden Bewertungsrelationen der betroffenen DRGs ermittelt werden.

In eigenen Analysen wurde das Vorhandensein von Metastasen bzw. Chemotherapie bei soliden Tumoren (z.B. in den Basis-DRGs G60, N60) als Splitkriterium untersucht. Diese Merkmale erwiesen sich allerdings nicht als Kostentrenner.

Analog zur systemischen Chemotherapie wurde eine entsprechende Regelung für Fälle mit systemischer Strahlentherapie (Radiojodtherapie, Ganzkörperbestrahlung) in die Deutschen Kodierrichtlinien 2006 (DKR 0201e) aufgenommen. Ähnlich umfangreiche Änderungen der Abbildung von Strahlentherapien, wie sie bereits für das G-DRG-System Version 2005 erfolgt sind, haben sich bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nicht ergeben. Erwähnenswert ist an dieser Stelle allerdings die in diesem Jahr neu etablierte Abbildung von Strahlentherapien im Bereich der Augenheilkunde. Eine umfassende Darstellung zu dieser Thematik findet sich im Kapitel 3.3.2.3.

Zahlreiche Vorschläge haben uns auch in diesem Jahr zur Schaffung neuer Zusatzentgelte erreicht, die im Wesentlichen zu den folgenden Änderungen geführt haben:

- Schaffung neuer Zusatzentgelte auch für den Bereich der Onkologie wie z.B. *Cetuximab* (ZE48) und *liposomales Doxorubicin* (ZE52)
- Aufgrund der Hinweise auf die strukturelle Unterfinanzierung bei der onkologischen Behandlung von Kindern, wenn diese Medikamente erhalten, die in typischer Dosierung angewendet werden, konnten für elf Zusatzentgelte, darunter auch nicht onkologische Zusatzentgelte, zusätzliche Dosisklassen für Kinder eingerichtet werden, deren Abrechenbarkeit je nach Alter des Patienten (z.B. <10 Jahre) beschränkt ist.
- Schaffung eines unbewerteten Zusatzentgeltes für *Stammzellboost nach erfolgter Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen, mit In-vitro-Aufbereitung* (ZE2006-44)
- Abbildung der *Komplexen Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen* (ZE2006-45)

Eine umfassende Darstellung der Thematik Zusatzentgelte findet sich in Kapitel 2.5 bzw. 3.4.1.3.

3.3.2.20 Parkinson-Syndrom

Im Bereich Parkinson erreichten uns zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006 keine Vorschläge, sodass keine Veränderungen etabliert wurden.

Die im ICD-10-GM Version 2006 erstmals anhand des Schweregrades ausdifferenzier-ten Codes für G20.- *Primäres Parkinson-Syndrom* werden zukünftig weiter reichende Analysen ermöglichen.

3.3.2.21 Querschnittlähmung

Nach einer umfangreichen Berücksichtigung des Themenbereichs der Querschnittlähmung in der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005 wurde in der Weiterentwicklung für das Jahr 2006 der Komplex der Querschnittlähmung wiederum umfangreich analysiert. Die DRG B61Z *Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks* wurde bezüglich einer Bereinigung der Kodeliste um – wie in verschiedenen Vorschlägen unterbreitet – unterschiedliche Codes, beispielsweise solche zur Katheterisierung bei Harnblasenlähmung, untersucht. Diese Analysen sowie weitere Vorschläge zum Systemumbau erbrachten jedoch keine Verbesserung des Gesamtsystems, sodass sich letztendlich in der diesjährigen Weiterentwicklung keine Veränderungen in der DRG B61Z und im Themenkomplex der Querschnittlähmung ergeben haben.

Eine sichere Differenzierung von Querschnittlähmungen nach „akut“ und „chronisch“ wird erst in den Analysen des nächsten Jahres möglich sein, da der ICD-Code G82.- *Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie* im Jahr 2005 ausreichend differenziert vorliegt und somit eine ausreichende Datenbasis für die Weiterentwicklung für das Jahr 2007 bestehen sollte.

3.3.2.22 Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens erreichten uns Hinweise zur therapeutischen Hypothermie als Therapieoption bei Schädel-Hirn-Traumen. Aufgrund der Tatsache, dass im OPS 2005 kein entsprechender Leistungsbezeichner zur Verfügung stand, konnte nicht untersucht werden, ob diese Therapie als möglicher Kostentrenner in Frage kommt.

Wie bereits im G-DRG-System 2005 blieb die DRG A43Z *Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom* auch für 2006 unbewertet. Ein Vorschlag, auch alle Fälle mit Wachkoma oder schwerem Schädel-Hirn-Trauma ohne Frührehabilitation in einer weiteren unbewerteten DRG zusammenzufassen, wurde nicht umgesetzt, da die durchgeführten Analysen keine Verbesserung des Gesamtsystems zeigten.

Intensiv untersucht wurde außerdem die Zuordnung von Verletzungen zur MDC 21A *Polytrauma*. Als Ergebnis konnten zwei Diagnosekodes für unspezifische Kopfverletzungen aus der Definitionslogik für Polytraumen gestrichen werden, sodass die Definition des Polytraumas innerhalb des G-DRG-Systems weiter präzisiert werden konnte.

3.3.2.23 Schlaganfall

Um die spezialisierte Versorgung von Schlaganfallpatienten besser abbildbar und analysierbar zu machen, wurde in den OPS Version 2005 ein Code zur neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls eingeführt. Eine umfangreiche ergänzende Datenerfassung ermöglichte bereits bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems eine weitreichende Bearbeitung dieses Themenbereiches, wodurch letztlich die so genannte OPS-Kalkulationslücke verkürzt werden konnte.

Somit erfolgten die Analysen nicht wie im letzten Jahr anhand des Attributes „Stroke-Unit“ als Fachabteilungskennzeichen, sondern vielmehr auf der tatsächlich durchgeführten Komplexbehandlung beim Schlaganfall entsprechend der Definition der *Neuro-*

logischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981.) des OPS Version 2005.*

Im Ergebnis entstanden sieben neue DRGs in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*. Zum einen wurde die Basis-DRG B69 *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse* um das Kriterium der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls erweitert. Diese DRG ist nun zusätzlich zum Schweregrad-Split anhand der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und ihrer Dauer gesplittet. Es entstanden die neuen DRGs B69A *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC und neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls*, B69B *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC* und B69D *Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne äußerst schwere CC*.

In ähnlicher Weise differenziert wurde die Basis-DRG B70 *Apoplexie*, wodurch die folgenden vier DRGs neu etabliert werden konnten: B70A *Apoplexie mit Beatmung >95 und <178 Stunden oder mit intrakranieller Blutung und neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden*, B70B *Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit systemischer Thrombolyse, ohne intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag*, B70D *Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag* und B70F *Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben <4 Tage nach Aufnahme*. Auch hier wurde die neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls als zusätzliches Kriterium etabliert und ist nun in Abhängigkeit von der Dauer dieser Komplexbehandlung neben der Bedingung der intrakraniellen Blutung gruppierungsrelevant.

Eine Vielzahl weiterer aufwandsrelevanter Kriterien wurde umfangreich analysiert, umgesetzt hiervon wurde das Kriterium der systemischen Lyse in der DRG B70B.

Zusätzlich konnte die DRG B83C mit der DRG B70A kondensiert werden, wobei gleichzeitig die Beatmungsdauer als Eingangsbedingung für die DRG B70A auf >95 und <178 Stunden abgesenkt wurde.

Im G-DRG-System Version 2005 wurden langzeitbeatmete Schlaganfälle mit zusätzlichen operativen Prozeduren in DRGs mit einer niedrigeren Bewertungsrelation als jene der DRGs, in welche sie ohne eine operative Prozedur gelangt wären, eingruppiert.

Durch Veränderungen der Zuweisungslogik wurde eine verbesserte Abbildung dieser Fälle mit Schlaganfall, die sowohl beatmet als auch operiert wurden, in der Basis-DRG B02 *Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden* oder bei zusätzlicher Frührehabilitation in der DRG B11Z *Frührehabilitation mit Kraniotomie, großer Wirbelsäulen-Operation, bestimmter OR-Prozedur oder aufwändiger Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden* erreicht, sodass nun eine sachgerechtere Vergütung dieser Fälle erfolgt.

Die operative Partition der MDC 01 wurde hinsichtlich der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ebenfalls einer intensiven Prüfung unterzogen, allerdings war aufgrund prozentual geringer Fallzahlen in den ergänzend gelieferten Kalkulationsdaten in diesem Jahr noch keine hinreichende Analyse möglich, die eine Ab-

bildung im Sinne der Vorschlagenden oder aufgrund eigener Analysen ermöglicht hätte.

In der für die Weiterentwicklung für das Jahr 2007 zur Verfügung stehenden Datenbasis des Jahres 2005 wird der OPS-Kode 8-981.* *Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls* regulär erfasst sein, wodurch weitergehende Analysen ermöglicht werden.

3.3.2.24 Schmerztherapie

Im OPS Version 2005 wurde der Code 8-918 nach Behandlungsdauer ausdifferenziert:

8-918.0 *Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage*

8-918.1 *Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage*

8-918.2 *Multimodale Schmerztherapie: Mindestens 21 Behandlungstage*

Vorschläge, diese Differenzierung bereits in den Schmerztherapie-DRGs der G-DRG-Version 2006 zu berücksichtigen, waren – da die Codes in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser noch nicht vorlagen – nicht in der vorgeschlagenen Form berechenbar. Auch über hilfswise Analysen war dies nicht zuverlässig simulierbar.

Mit dem Vorliegen des nach Behandlungsdauer ausdifferenzierten Codes *Multimodale Schmerztherapie* in den Kalkulationsdaten des Jahres 2005 werden sich deutlich erweiterte Analysemöglichkeiten ergeben. Zeitversetzt ist dies auch für den neu in den OPS Version 2006 aufgenommenen Code *Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung* zu erwarten.

Neue DRGs z.B. für die *multimodale Schmerztherapie bei bösartigen Neubildungen* zu etablieren wurde im Vorschlagsverfahren angeregt, war aber aufgrund der geringen Anzahl der in den Kalkulationsdaten betroffenen Fälle nicht möglich.

Vorschläge, die OPS-Kodes für bestimmte schmerztherapeutische Verfahren (permanent implantierbare Spinalkatheter und implantierbare Medikamentenpumpen zur intrathekalen Anästhesie) verschiedenen operativen DRGs zuzuordnen, wurden analysiert, konnten jedoch nicht umgesetzt werden, da in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser nur eine sehr geringe Anzahl von Fällen betroffen und folglich keine Bewertung des Vorschlags möglich war.

Somit blieben die im letzten Jahr neu geschaffenen DRGs für die multimodale Schmerztherapie in der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*, MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*, MDC 19 *Psychische Krankheiten und Störungen* und MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* bestehen, allerdings war für das Jahr 2006 für die DRG U42Z *Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen* das Ausweisen einer Bewertungsrelation anhand der vorliegenden Daten nicht möglich.

3.3.2.25 Schwer Brandverletzte

Wie bereits im G-DRG-System Version 2005 konnten unverändert zwei DRGs der Verbrennungsmedizin nicht mit einer Bewertungsrelation ausgewiesen werden.

Dabei handelt es sich um die DRGs

- Y01Z *Operative Eingriffe oder Beatmung >95 Stunden bei schweren Verbrennungen* und
- Y61Z *Schwere Verbrennungen*

Hintergrund ist nach wie vor die hinsichtlich der Fallzahl und der Kostenhomogenität (hohe Anzahl von Langliegern) für eine Pauschalierung nicht ausreichende Kalkulationsgrundlage.

Im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für 2006 wurde angeregt, bestimmte zweitgradige Verbrennungen (Schweregrad IIb in Verbindung mit den Prozeduren *Escharotomie* oder *Spalthauttransplantation*) zusätzlich der DRG Y01Z zuzuordnen. Da eine Differenzierung in die Schweregrade IIa und IIb im ICD-10-GM Version 2004 noch nicht darstellbar ist, wurden mehrere Varianten des Vorschlags auf Basis vorliegender Attribute berechnet. Umgesetzt werden konnte schließlich die Aufnahme zweitgradiger Verbrennungen ab 30% betroffener Körperoberfläche in die DRG Y01Z.

3.3.2.26 Tuberkulose

Bereits bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2005 konnte die Definition der Basis-DRG E76 *Tuberkulose* erweitert werden um nicht tuberkulöse Mykobakterien und Tuberkuloseformen, die nicht primär die Atmungsorgane betreffen. In diesem Jahr konnte einem Vorschlag gefolgt werden, der die Verschiebung der Pneumokoniosen in Verbindung mit Tuberkulose von der Basis-DRG E74 in die Basis-DRG E76 vorsah, da sich in der Analyse zeigte, dass diese Fälle in der Basis-DRG E76 sachgerecht abgebildet werden können. Oberhalb einer Verweildauer von 14 Tagen sind somit im G-DRG-System Version 2006 auch Patienten mit Pneumokoniosen und Tuberkulose aufgrund ihres Verweildauer-Verlaufes und des Langliegeranteils einer unbewerteten DRG zugeordnet.

Weiterhin wurde die Abbildung von Tuberkulose in der ICD-10-GM Version 2006 differenziert hinsichtlich der Verschlüsselung von Resistenzen von Mykobakterien gegen Antituberkulotika mit dem Code U82.-! *Mykobakterien mit Resistenz gegen Antituberkulotika (Erstangemedikamente)*. Möglicherweise können dadurch bei zukünftigen Kalkulationen entsprechende Differenzierungen von Fällen mit Tuberkulose etabliert werden.

3.3.2.27 Unfallchirurgie

Leistungen der Unfallchirurgie sind im G-DRG-System bereits seit der Version 1.0 in zwei MDCs abgebildet. Dabei werden schwere Mehrfachverletzungen der MDC 21A *Polytrauma* zugeordnet, andere Verletzungen überwiegend der MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*. Diese Trennung hat sich in den zurückliegenden Jahren wie auch in der diesjährigen Kalkulation grundsätzlich bewährt.

Mehrfacheingriffe in MDC 08

Als problematisch gezeigt haben sich die Fälle, die zwar Mehrfachverletzungen aufweisen, aber noch nicht die Bedingungen der MDC 21A *Polytrauma* erfüllen oder bei denen aus anderem Grund mehrere Eingriffe erforderlich waren. Diese wurden im G-DRG-System Version 2005 – in der Regel dem aufwändigsten Eingriff folgend – operativen DRGs der MDC 08 zugewiesen, wobei selten gruppierungsrelevant war, ob eine oder mehrere Verletzungen operativ behandelt wurden. Im Vorschlagsverfahren wurden zahlreiche Anregungen zur verbesserten Abbildung dieser Fälle eingebracht. Ein Teil dieser Vorschläge beruhte auf wenig belastbaren Attributen zur Definition von Mehrfacheingriffen, ein Beispiel ist eine vorgeschlagene DRG mit der Definition „mehr als vier operative Prozeduren“. In eine ähnliche Richtung gingen Vorschläge zur Etablierung eines Zusatzentgeltes für einen „zusätzlichen operativen Eingriff“.

Als „belastbar“ gilt in diesem Zusammenhang eine Definition, die eine möglichst hohe Zahl sehr aufwändiger Fälle und gleichzeitig eine möglichst kleine Zahl wenig aufwändiger Fälle trifft, und dies sowohl in den Kalkulationsdaten als (voraussichtlich) auch im Anwendungsjahr 2006 – also möglichst wenig anfällig für Veränderungen des Kodierverhaltens ist. Die reine Zahl kodierter Prozeduren erfüllt diese Anforderungen nicht. Somit erweist sich eine Lösung, die nicht alle hoch aufwändigen Fälle erfasst, als die geeignetste, wenn sie aufgrund hoher Trennschärfe eine Abwertung aufwändiger Fälle durch eine starke Beimischung einfacher Fälle vermeidet.

Bei einigen fallzahlstarken und im G-DRG-System 2005 noch nicht sehr homogenen DRGs der MDC 08 konnte dies unter anderem durch die neue Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* erzielt werden. Diese Funktion berücksichtigt als schwergradsteigernd, wenn „mindestens zwei (nicht banale) Eingriffe an verschiedenen (und nicht unmittelbar benachbarten) Lokalisationen“ durchgeführt wurden. Die nachfolgende Abbildung 6 verdeutlicht, wie „nicht unmittelbar benachbart“ definiert wurde:

	Becken	Fuß	Hand	Hüftgelenk	Kniegelenk	Oberarm	Oberschenkel	Schulterbl./Schlüsselb.	Schultergelenk	Unterarm	Unterschenkel	Wirbelsäule
Becken				X			X					X
Fuß											X	
Hand										X		
Hüftgelenk							X					
Kniegelenk							X				X	
Oberarm								X	X	X		
Oberschenkel												
Schulterblatt / Schlüsselbein									X			
Schultergelenk												
Unterarm												
Unterschenkel												
Wirbelsäule												

X

Funktion "Eingriff an mehreren Lokalisationen" TRUE
 Gilt zugunsten eines belastbaren Splits nicht als "mehrere Lokalisationen"
 Gleiche Lokalisation bzw. redundante Paare

Abbildung 6: Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“

Die Funktion *Eingriff an mehreren Lokalisationen* ist Bestandteil der Definition in folgenden Basis-DRGs der MDC 08:

- I02 *Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierenden Prozeduren, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden und schweren CC oder mit äußerst schweren CC*
- I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*
- I13 *Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk*
- I22 *Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren oder schweren CC I02*

Mehrfacheingriffe gleicher Lokalisation erfüllen die Bedingungen der oben erläuterten Funktion nicht. Ein Beispiel sind beidseitige Eingriffe an den Extremitäten. Da das Zusatzkennzeichen rechts/links/beidseits erst in die Version 2005 des OPS aufgenommen wurde, war bei der diesjährigen Weiterentwicklung ein beidseitiger Eingriff nur mit der Logik *zwei Prozeduren aus Tabelle [...]* hilfswise fassbar. Diese Logik beschreibt sowohl einen beidseitigen Eingriff (der in 2004 noch mit zwei OPS-Kodes verschlüsselt werden musste) als auch mehrere Eingriffe ein- oder beidseits. Um einer Entwertung dieses Splitkriteriums durch ein verändertes Kodierverhalten vorzubeugen, wurden in die von der Logik *zwei Prozeduren aus [...]* verwendeten Tabellen wenig aufwändige Eingriffe nicht aufgenommen.

Im Vergleich zur G-DRG-Version 2005 wird die Konstellation *beidseitiger Eingriff oder mehrere Eingriffe* in weiteren vier DRGs der MDC 08 berücksichtigt:

- I08 *Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur*
- I13 *Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk*
- I20 *Eingriffe am Fuß*
- I57 *Mäßig komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk*

Kombinierte Splits

Weitere Attribute, die in den unfallchirurgischen DRGs umfassend untersucht wurden, waren:

- Ausmaß des Weichteilschadens bei Frakturen
- Infektion des Knochens oder der Weichteile
- PCCL
- Infantile Zerebralparese
- Zusätzliche Eingriffe an Gefäßen, Nerven, Muskeln und Sehnen

Um angesichts zahlreicher den Aufwand steigernder Faktoren in jeweils mehreren DRGs die Zunahme der Systemkomplexität zu begrenzen, wurden aufwandsähnliche Konstellationen zusammengefasst. Ein Beispiel ist die DRG I13A *Komplexe Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit Mehrfacheingriff oder komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose* (Tabelle 13):

Logik laut Definitionshandbuch der G-DRG-Version 2006:	Inhalt der Logik
Mindestens zwei Prozeduren in Tabelle TAB-I13-4 oder	Zwei oder mehr aufwändige Eingriffe oder
Prozedur mit Zusatzkennzeichen B in Tabelle TAB-I13-5 oder	Beidseitiger Eingriff oder
Diagnose in Tabelle TAB-I13-1 oder	Infektion des Knochens oder der Weichteile oder
Prozedur in Tabelle TAB-I13-6 oder Prozedur in Tabelle TAB-I13-7 oder	Zusätzlicher Eingriff an Gefäßen oder Nerven oder
Prozedur in Tabelle TAB-I13-8 oder	Zusätzlicher aufwändiger Eingriff an Muskeln und Sehnen oder
Diagnose in Tabelle TAB-I13-2 oder	Fraktur mit schwerem Weichteilschaden oder
Eingriff an mehreren Lokalisationen	Oben erläuterte Funktion

Tabelle 13: Definitionslogik der DRG I13A

Polytrauma

Schwere Mehrfachverletzungen werden auch in der G-DRG-Version 2006 weiterhin in die MDC 21A *Polytrauma* eingruppiert. Die Zuordnungslogik dieser MDC (*schwere Verletzung von mindestens zwei Organsystemen*) ist im Wesentlichen seit G-DRG 1.0 unverändert geblieben. Auch bei der diesjährigen Weiterentwicklung fand sich kein Anhalt für eine Abkehr von der Abbildung schwerer Mehrfachverletzungen in einer eigenen MDC.

Es konnten jedoch einzelne Unschärfen dieser Definition bereinigt werden, so wurde z.B. der Code S06.9 *Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet* (mit dem bei ungenauer Kodierung auch eine Gehirnerschütterung bezeichnet werden kann) aus der entsprechenden Tabelle gestrichen.

Darüber hinaus wurden Eingriffe an der Wirbelsäule bei polytraumatisierten Patienten aufgewertet. Diese Operationen wurden aus der DRG W02 *Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren* in die DRG W04 verschoben, diese heißt jetzt *Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule*.

Sowohl in der Basis-DRG W02 *Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule* als auch in der Basis-DRG W04 *Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren* konnte über einen Split *mit komplizierenden Prozeduren oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen* eine differenzierte Abbildung besonders aufwändiger Patienten erreicht werden.

Neu in der MDC 21A *Polytrauma* ist weiter die DRG W36Z *Intensivmedizinische Komplexbehandlung >1104 Aufwandspunkte bei Polytrauma*. Die DRGs, die über *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* definiert sind, werden in Kapitel 3.3.2.14 detailliert vorgestellt.

3.3.2.28 Versorgung von Kindern

Eine große Rolle spielte bei der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, wie in jedem Jahr, die systematische Untersuchung aller DRGs auf mögliche Splits nach unterschiedlichen Altersklassen. Während im G-DRG-System Version 2005 insgesamt 55 DRGs nach Alter gesplittet sind, konnten für das G-DRG-System Version 2006 bei 51 weiteren DRGs neue Alterssplits etabliert werden, was zu einer Gesamtzahl von 106 nach (Kindes-) Alter differenzierten DRGs führt.

Besonderes Augenmerk wurde erneut auf die Abbildung von langzeitbeatmeten Kindern und Neugeborenen gelegt. Untersucht wurde dabei auch die Eingruppierung von langzeitbeatmeten Neugeborenen in die Beatmungs-DRGs der Prä-MDC. Die in diesem Zusammenhang simulierten Änderungen konnten allerdings wegen fehlender Verbesserung für das Gesamtsystem nicht umgesetzt werden. In drei der fünf Basis-DRGs für langzeitbeatmete Fälle konnte jedoch die Abbildung von Kindern mit einem Alter <16 Jahre differenziert werden. Dies sind im Detail die DRGs A06B, A09A und A13D.

Im Bereich der gastrointestinalen Erkrankungen wurde die Abbildung der operativen Behandlung von anorektalen Fehlbildungen verbessert. Diese werden zukünftig nicht mehr in die Basis-DRG G11 *Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter*, sondern in die DRG G17Z *Andere Rektumresektion* eingruppiert, was eine deutliche Aufwertung dieser aufwändigen Fälle bedeutet. Geändert hat sich auch die Abbildung von Fällen mit somatoformen autonomen Funktionsstörungen des oberen oder unteren Verdauungssystems, die ab 2006 in die DRG U64Z *Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen* bzw. in die DRGs U41Z *Sozial- und neuropädiatrische Therapie* oder U43Z *Psychosomatische Therapie, Alter <18 Jahre* (im Falle einer sozial-, neuro- und pädiatrisch-psychosomatischen oder einer psychosomatischen Therapie) eingruppiert werden.

Ab 2006 ist mit dem OPS-Kode 8-986 *Multimodale kinder- und jugend-rheumatologische Komplexbehandlung* erstmalig eine differenzierte Verschlüsselung dieser Therapien nach Dauer der Behandlung möglich. Durch spezielle Analysen, die eine entsprechende Verweildauer, das Vorhandensein von „rheumatologischen Diagnosen“ und die unter dem Kode 8-986 subsummierten Mindestmerkmale berücksichtigten, war die Aufnahme dieses Kodes in die neue, unbewertete DRG I97 *Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe* bereits für das G-DRG-System Version 2006 möglich. Zusätzlich wurden Fälle mit polyartikulärer und oligoartikulärer juveniler chronischer Arthritis mit Gelenkkontraktur oder -erguss aufgewertet durch Eingruppierung in die DRG I66A *Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit mehreren komplexen Diagnosen oder mit komplexer Diagnose, mit Dialyse*.

Bezüglich der in den Anlagen 2, 4, 5 und 6 der FPV 2006 aufgeführten Zusatzentgelte finden sich detaillierte Ausführungen in den Kapiteln 3.3.2.19 (Themenbereich Onkologie) sowie 2.5 bzw. 3.4.1.3 (Themenbereich Zusatzentgelte).

MDC 15

Die MDC 15 *Neugeborene* enthält in der G-DRG-Version 2006 insgesamt 42 DRGs, das sind vier DRGs mehr als in der G-DRG-Version 2005. Zum einen wurde die DRG P60B anhand des Aufnahmeanlasses „Verlegung“ in einen weiteren Schweregrad unterteilt. Die DRG P60B *Neugeborenes, verlegt <5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt* enthält damit Fälle, die den Aufnahmeanlass „V“ (Verlegung) oder „K“ Verlegung (Aufnahme) aus einem anderen Krankenhaus im Rahmen einer Kooperation aufweisen. Damit werden Fälle, die zur Weiterbehandlung in entsprechende Kinderkliniken oder -abteilungen aufgenommen werden, aufgewertet. Die DRG P60C *Neugeborenes, verlegt <5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt* enthält alle übrigen Fälle der DRG P60B der G-DRG-Version 2005, die nicht den Aufnahmeanlass „Verlegung“ tragen, aber – wie alle Fälle der DRG P60B auch – den Entlassungsgrund „Verlegung“ aufweisen.

In der G-DRG-Version 2006 wurden Fälle mit einem Aufnahmegewicht <999 Gramm erstmals danach differenziert, ob eine signifikante OR-Prozedur durchgeführt wurde oder nicht. Diese werden zukünftig in die DRGs P61A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht <600 g mit signifikanter OR-Prozedur*, P61C *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600–749 g mit signifikanter OR-Prozedur*, P62A *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 750–874 g mit signifikanter OR-Prozedur* und P62C *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 875–999 g mit signifikanter OR-Prozedur* eingruppiert.

Im Bereich der operativen Eingriffe lag ein weiterer Schwerpunkt der Analysen auf der Abbildung von Mehrfacheingriffen innerhalb der MDC 15, die vor allem bei Neugeborenen mit angeborenen Fehlbildungen zum Tragen kommen. Aufgrund der Tatsache, dass hierfür nur wenige Fälle in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser zur Berechnung zur Verfügung standen, konnten für diesen Bereich allerdings in diesem Jahr keine Änderungen umgesetzt werden.

Gestrichen wurde die DRG P03D *Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000–1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme*, die aufgrund ähnlicher Kosten mit der DRG P03C kondensiert wurde.

Auch in diesem Jahr gingen wieder Vorschläge ein, die die Aufwertung von Prozeduren als „signifikante OR-Prozedur“ bei den Basis-DRGs P03 bis P06 oder die Streichung von Prozeduren (z.B. Sauerstoffzufuhr oder Lichttherapie beim Neugeborenen) beinhalteten, die in den DRGs P65C, P66C und P67C gruppierungsrelevant sind. All diese Simulationen ergaben allerdings keine Verbesserung für das Gesamtsystem und wurden demnach nicht berücksichtigt. Ebenso wurden zahlreiche Berechnungen zur Aufnahme bzw. Streichung von Diagnosen, zu denen konkrete Hinweise aus dem Vorschlagsverfahren vorlagen, aus der Tabelle *Schweres Problem beim Neugeborenen* durchgeführt. Die Streichung der Diagnose T88.4 *Misslungene oder schwierige Intubation* konnte umgesetzt werden. Die Aufnahme von Diagnosen war vielfach deshalb nicht möglich, da es sich um „wenig belastbare“ Attribute handelte. Dies bedeutet, dass die inhaltliche Definition einer Diagnose so weit gefasst ist, dass darunter sowohl sehr schwerwiegende als auch leichte Erkrankungen verschlüsselt werden können wie beispielsweise bei dem Kode P29.1 *Herzrhythmusstörungen beim Neugeborenen*. Somit fanden sich auch keine Kostenunterschiede.

Erneut wurde aufgrund eines Vorschlages die Eingruppierung von Kindern mit einem Gewicht unter 3.500 g in die MDC 15 *Neugeborene* auf Prä-MDC-Ebene berechnet, auch in diesem Jahr ergaben sich allerdings keine positiven Auswirkungen auf das Gesamtsystem, die eine Umsetzung möglich gemacht hätten.

Wie in 2005 sind auch für das kommende Jahr alle DRGs der MDC 15 von der Wiederaufnahmeregelung nach § 2 Abs. 1 und 2 FPV 2006 ausgenommen.

3.3.3 Formale Änderungen

3.3.3.1 Umbenennungen von Basis-DRG-Nummern (ABC versus ZZZ)

Im G-DRG-System Version 2005 erhöhte sich die Anzahl an ungesplitteten Basis-DRGs (so genannte Z-DRGs) deutlich, obwohl eine zunehmende Differenzierung der DRGs erfolgte. Die Zunahme der ungesplitteten Basis-DRGs resultierte aus der Auftrennung bisher gesplitteter Basis-DRGs in zwei oder mehr eigenständige Basis-DRGs (z.B. F19A/B versus F19Z/F55Z), um eine konsequente Sortierung nach Bewertungsrelationen vornehmen zu können. In diesem Zusammenhang wurde die fehlende Übersichtlichkeit der zusammengehörigen Basis-DRGs kritisiert und der Wunsch nach höherer Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Umbauten geäußert. Dies führte zu einer umfangreichen Umbenennung von Basis-DRG-Nummern, die im letzten Jahr aufgrund der Sortierung unterschiedliche Basis-DRG-Nummern erhalten hatten.

Die DRGs erhielten die frühere (gemeinsame) Basis-DRG-Nummer, wenn einfache Splitbedingungen vorlagen, wie z.B.:

- PCCL
- Alter
- Diagnosen
- Belegungstage

Durch die Zusammenführung dieser DRGs wurden einfache Schweregradsplits wieder identifizierbar. Insgesamt wurden 81 DRGs dementsprechend umbenannt. Die von den Umbenennungen betroffenen DRGs sind anhand der Migrationstabelle, die auf der Homepage des Instituts veröffentlicht wurde, erkennbar.

Die folgende Übersicht (Tab. 14) stellt ein Beispiel einer Umbenennung in den Versionen des DRG-Systems 2005 und 2006 gegenüber:

G-DRG-System Version 2005	G-DRG-System Version 2006
F19Z Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC	F19A Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC
F55Z Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC	F19B Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC

Tabelle 14: Beispiel einer Umbenennung von Basis-DRG-Nummern

3.3.3.2 Entkondensation

Ein weiterer Wunsch nach Transparenz und Nachvollziehbarkeit wurde im Rahmen der im letzten Jahr durchgeführten Kondensationen der DRGs geäußert. Als Ergebnis der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems Version 2005 ergaben sich zunächst über 1.000 DRG-Fallgruppen. Diese sehr große Anzahl an DRGs wurde dann auf die im Fallpauschalen-Katalog befindlichen 878 Fallgruppen (System 2005) kondensiert und damit die Anzahl der DRGs deutlich reduziert. Es wurde zugunsten einer höheren Transparenz angeregt, eine Auftrennung von komplizierten, kondensierten DRGs des Systems 2005 vorzunehmen (Entkondensation), was für insgesamt sechs DRGs umgesetzt werden konnte.

Die folgende Übersicht (Tab. 15) stellt ein Beispiel einer Entkondensation in den Versionen des DRG-Systems 2005 und 2006 gegenüber:

G-DRG-System Version 2005	G-DRG-System Version 2006
F07Z Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter <1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation	F28A Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff
	F07Z Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter <1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation

Tabelle 15: Beispiel einer Entkondensation

3.3.3.3 Sortierung

Das Problem der „Mindervergütung bei Mehrleistung“ und Lösungsansätze in 2004

Die Problematik, dass ein Fall aufgrund einer zusätzlichen Leistung einer DRG mit niedrigerer Bewertungsrelation zugeordnet wird, als er ohne diese Leistung erzielt hätte, lässt sich als „Mindervergütung bei Mehrleistung“ bezeichnen. Im Rahmen der letztjährigen Weiterentwicklung nahm die Lösung dieses Problems breiten Raum ein. Die bereits für die G-DRG-Version 2005 umgesetzten Änderungen lassen sich im Wesentlichen in zwei Punkten subsumieren:

- Schaffung neuer DRGs für typische Mehrfacheingriffe
- Konsequente Sortierung aller DRGs der operativen Partitionen absteigend nach Bewertungsrelation

Dem zweiten Punkt folgend wurden in den jeweiligen MDCs zahlreiche neue Basis-DRGs geschaffen. Obwohl, wie in Kapitel 3.3.3.1 erläutert, für die G-DRG-Version 2006 trotz der beibehaltenen Sortierung wieder eine Zusammenfassung einfacher Splits zu einer Basis-DRG erfolgen konnte, wurde in den MDCs 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems* und 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-*

Skelett-System und Bindegewebe die Zahl von 40 operativen DRGs weiter überschritten. Das hat zur Folge, dass in diesen beiden MDCs der Nummernkreis für die operative Partition (01–39) gesprengt wurde und demnach operative DRGs Zahlen zwischen 40 und 99 tragen können.

Veränderungen in 2005

Das Grundproblem der Mindervergütung bei Mehrleistung war in den operativen Partitionen am stärksten ausgeprägt, aber nicht auf diese beschränkt. Beispielsweise konnte noch in der G-DRG-Version 2005 ein Fall, der die Bedingungen der DRG R60A *Akute myeloische Leukämie mit Chemotherapie, mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation* (Bewertungsrelation 5,859) aufgrund einer zusätzlichen Operation der Basis-DRG R11 *Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren* (Bewertungsrelation von 1,079 bis 2,362) zugeordnet werden, was eine deutliche Abwertung des Falls bedeutet.

Aus diesem Grund erfolgte in der MDC 17 *Hämatologische und solide Neubildungen* eine partitionsübergreifende Sortierung aller DRGs soweit möglich.

Darüber hinaus wurde in 4 MDCs eine gemeinsame Sortierung der anderen und der medizinischen Partition durchgeführt, dies betrifft:

MDC 03 *Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses*

MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*

MDC 07 *Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas*

MDC 11 *Krankheiten und Störungen der Harnorgane*

In allen anderen MDCs, die sowohl eine andere als auch eine medizinische Partition aufweisen, wurde die partitionsübergreifende Sortierung ebenfalls simuliert, aber nicht umgesetzt, da sie hier nicht zu einer Verbesserung des Gesamtsystems führte.

3.3.4 Versionsüberleitung und Anpassungen der ICD- und OPS-Klassifikationen

3.3.4.1 Überleitung auf die ab 1. Januar 2006 gültigen Versionen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Die der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zugrunde liegenden medizinischen Daten aus dem Jahr 2004 beruhen auf Diagnosen und Prozeduren, die nach dem ICD-10-GM Version 2004 bzw. OPS-301 Version 2004 kodiert wurden. Die G-DRG-Version 2004/2006, die als erste der zu veröffentlichenden G-DRG-Versionen auf den Internetseiten des InEK zur Verfügung gestellt wurde, stellt die neue DRG-Klassifikation mit den Codes dieser Versionen dar. Ab 1. Januar 2006 werden zur Kodierung der ICD-10-GM Version 2006 und der OPS Version 2006 angewendet. Das G-DRG-Definitionshandbuch musste an die dann gültigen Versionen angepasst werden. Diese Anpassung erfolgte in zwei Schritten:

1. Überleitung auf die ICD-10-GM Version 2005/OPS Version 2005
2. Überleitung auf die ICD-10-GM Version 2006/OPS Version 2006

Im Anschluss wurden jeweils die entsprechenden Versionen veröffentlicht (G-DRG-Version 2005/2006 und G-DRG-Version 2006).

Der ab 1. Januar 2006 gültige ICD-10-GM Version 2006 enthält insgesamt 13.173 Codes, somit 76 mehr als der ICD-10-GM Version 2005 (13.097). Über 95% der Codes (13.030) sind vollständig (kode- und text-)identisch.

Der OPS Version 2006 enthält insgesamt 22.812 Codes (nur amtlicher OPS), das sind 381 mehr als der OPS Version 2005 (22.431). Auch hier ist die überwiegende Mehrzahl der Codes vollständig identisch (mit 21.187 kode- und textidentischen Einträgen ebenfalls über 90%).

Für den ersten Schritt der Überleitung von Bedeutung ist die neu in den OPS Version 2005 aufgenommene obligate Angabe der Seitenlokalisierung. Davon betroffen sind 12.648 Codes (amtlicher OPS). Diese Codes sind im OPS und in den Definitionshandbüchern der G-DRG-Versionen 2005/2006 und 2006 mit „↔“ gekennzeichnet. Dabei werden die im OPS-301 Version 2004 unterschiedlichen Codes für das einseitige und beidseitige Verfahren durch einen Code mit entsprechendem Zusatzkennzeichen ersetzt.

3.3.4.2 Behandlung nicht identischer Codes

Für identische Codes ergibt sich keine Notwendigkeit einer Überleitung. Für nicht identische Codes bestand die gewählte Überleitung zumeist in einer an der Überleitungstabelle des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) orientierten klassifikatorischen Überleitung. Teilweise musste hiervon allerdings abgewichen werden. Insofern lassen sich zwei Varianten festhalten:

- Klassifikatorische Überleitung
- Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

In den folgenden Beispielen sollen diese Varianten erläutert werden.

Beispiel 1 – Klassifikatorische Überleitung

Alter Code (ICD-10-GM Version 2005):

G20 *Primäres Parkinson-Syndrom*

Neue Codes (ICD-10-GM Version 2006):

G20.00	<i>Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation</i>
G20.01	<i>Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation</i>
G20.10	<i>Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation</i>
G20.11	<i>Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation</i>
G20.20	<i>Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation</i>

G20.21	<i>Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation</i>
G20.90	<i>Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation</i>
G20.91	<i>Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation</i>

Alle neuen Codes wurden gemäß der Überleitungstabelle des DIMDI auf den alten Kode G20 überleitet. Konkret bedeutet dies für das Definitionshandbuch:

- In jede Tabelle des Definitionshandbuches Version 2005/2006, in der der alte ICD-Kode G20 verzeichnet ist, wurden jeweils alle acht neuen Codes an dessen Stelle eingetragen. In diesem Fall sind vier Tabellen betroffen:
 - Hauptdiagnostentabelle der MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*
 - Hauptdiagnostentabelle der DRG B67 *Degenerative Krankheiten des Nervensystems*
 - Hauptdiagnostentabelle der DRG B67, die zur Eingruppierung in die DRGs B67A und B67B (*Degenerative Krankheiten des Nervensystems bei Morbus Parkinson*) verwendet wird
 - Diagnostentabelle *Alterskonflikt Erwachsene*
- In der CCL-Matrix wurden die acht neuen Codes jeweils wie der alte Code behandelt, somit in Zeile 30 der CCL-Matrix aufgenommen. Alle CC-Ausschlüsse des alten Kodes G20 wurden analog für alle acht neuen Codes angelegt.

Beispiel 2 – Am Gruppierungsalgorithmus orientierte Überleitung

In den OPS Version 2006 wurden zwei neue Codes für bestimmte Verfahren der Leberlebenspende neu aufgenommen:

5-503.5	<i>Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Hemihepatektomie rechts [Resektion der Segmente 5 bis 8] zur Lebend-Organ spende</i>
5-503.6	<i>Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Resektion sonstiger Segmentkombinationen zur Lebend-Organ spende</i>

In der klassifikatorischen Überleitung des DIMDI wird diesen neuen Codes der Altkode

5-503.x	<i>Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Sonstige</i>
---------	--

des OPS Version 2005 zugeordnet. Eine daran orientierte Überleitung hätte für die G-DRG-Klassifikation bedeutet, dass die Neukodes für die Leberlebenspende in der G-DRG-Version 2006 die Funktion des Altkodes erhalten hätten. Die (unbewertete) DRG Z02Z *Leberspende (Lebenspende)* des G-DRG-Systems 2006 würde dann von den neuen Verfahren nicht erreicht. Aufgrund der von den Deutschen Kodierrichtlinien vorgegebenen Hauptdiagnose Z52.6 *Leberspender* wären entsprechende Fälle in die MDC 23 *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens* eingruppiert und dort der unspezifischen DRG Z01Z *OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* zugeordnet worden.

Um dies zu vermeiden, erfolgte hier die von der klassifikatorischen Empfehlung abweichende Überleitung der beiden neuen Codes auf den Altkode:

5-503.3 *Leberteilresektion und Hepatektomie (zur Transplantation): Teilresektion links, zur Lebend-Organspende*

So konnte eine sachgerechte Abbildung in der DRG Z02Z *Leberspende (Lebenspende)* erreicht werden.

3.3.4.3 **Behandlung neu aufgenommenen Codes**

Für neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommene Codes, für die keine Überleitungsempfehlung des DIMDI vorlag, bestanden drei Varianten der Berücksichtigung im Definitionshandbuch Version 2006:

Variante 1: Die Codes werden nicht berücksichtigt.

Dies stellt das typische Vorgehen bei der Aufnahme neuer OPS-Codes in die G-DRG-Klassifikation dar. Aufgrund des Fehlens von Kosteninformationen zu Verfahren, die im Jahr der Kalkulationsdatenerhebung noch nicht kodierbar waren, ist eine Bewertung dieser Leistungen in der Regel nicht möglich. Ein Beispiel sind die neu in den OPS Version 2006 aufgenommenen Codes aus 8-987 *Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern*. Diese Codes sind in der G-DRG-Klassifikation 2006 gültige Prozeduren ohne Gruppierungsrelevanz.

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

Die Aufnahme eines neuen Codes ohne Gruppierungsrelevanz kann zur Folge haben, dass eine kodierbare Diagnose oder Prozedur, die möglicherweise mit erheblichem Aufwand verbunden ist, grundsätzlich für die DRG-Zuordnung bedeutungslos wird und somit die Gefahr birgt, nicht kodiert zu werden, was nachfolgend die Kalkulation dieser Leistungen erschwert.

Variante 2: Aufgrund der neu in die ICD-10-GM- und OPS-Klassifikationen aufgenommenen Codes werden DRGs gebildet oder verändert.

Für ein solches Vorgehen fehlte meistens die Kalkulationsgrundlage. Es konnte jedoch für bestimmte Codes über eine zusätzliche Datenerhebung und Berücksichtigung in der Kalkulation dennoch eine Zuordnung zu einer DRG erfolgen. Ein Beispiel dafür sind die OPS-Codes 8-985.* *Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]*, die – wie in Kapitel 3.3.2.2 detailliert erläutert – in zwei Basis-DRGs gruppierungsrelevant sind.

Variante 3: Neu geschaffene Codes werden inhalts- oder aufwandsähnlichen alten Codes zugeordnet.

Dieses Verfahren wurde für die Abbildung einiger neu aufgenommenen Verfahren angewandt, so wurde z.B. der bronchoskopische Wechsel einer Schiene im Definitionshandbuch Version 2006 analog der entsprechenden Implantation behandelt.

Neue Codes ohne Überleitungsempfehlung des DIMDI wurden in der Regel gemäß Variante 1 behandelt. In Ausnahmefällen wurde Variante 2 oder 3 angewandt. Somit konnte dem Grundprinzip der Überleitung der ICD- und OPS-Kodes gefolgt werden, höchstmögliche inhaltliche Kongruenz zwischen den Versionen 2004/2006, 2005/2006 und 2006 des G-DRG-Systems zu erreichen.

3.3.4.4 Behandlung des Zusatzkennzeichens Seitenlokalisation

Mit der Einführung des Zusatzkennzeichens für die Seitenlokalisation im OPS Version 2005 war eine umfassende Überarbeitung der Codes in der Klassifikation erforderlich. Die Überleitung auf die Codes des OPS Version 2005 stellte in diesem Jahr den ersten Schritt des zweistufigen Überleitungsprozesses dar. Im vergangenen Jahr hatte sich die Problematik „Behandlung des Zusatzkennzeichens bei der Überleitung“ im zweiten Schritt der Überleitung ergeben.

Die in 2005 angewandte Vorgehensweise wurde unverändert beibehalten. Hier sind zwei unterschiedliche Konstellationen zu beachten:

Konstellation 1 – Bereits nach „ein-/beidseitig“ ausdifferenzierte Codes

Für bestimmte Eingriffe existierten bereits im OPS-301 Version 2004 differenzierte Codes für ein- und beidseitige Eingriffe. Diese werden im OPS Version 2005 durch einen neuen Code mit Lokalisationsangabe ersetzt:

OPS-301 Version 2004

- 5-324.0- *Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, einseitig ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch*
- 5-324.4- *Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie, beidseitig ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch*

OPS Version 2005

- 5-324.a↔ *Einfache Lobektomie und Bilobektomie der Lunge: Lobektomie ohne radikale Lymphadenektomie, offen chirurgisch*

Da dadurch ohne Berücksichtigung des Seitenkennzeichens quasi eine Entdifferenzierung von Codes stattgefunden hat, musste an manchen Stellen eine Änderung der Gruppierungslogik erfolgen. Dies war notwendig, sofern die einseitigen und beidseitigen Codes aus OPS-301-Version 2004 eine unterschiedliche Funktion im DRG-Algorithmus hatten. Beispielhaft sei hier die DRG E01Z *Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie und erweiterte Lungenresektionen* genannt, die in der G-DRG-Version 2004/2006 nur die Codes aus 5-324.4-, nicht aber die Codes aus 5-324.0- enthält. Hier war für die G-DRG-Version 2005/2006 eine Anpassung der Logik erforderlich, die sicherstellt, dass sich trotz der Entdifferenzierung der Codes der Inhalt der DRG im Vergleich zur Kalkulation nicht verändert. Dazu musste bereits im letzten Jahr eine neue Syntax in die Gruppersoftware integriert und das Definitionshandbuch angepasst werden. Mit der Abfragelogik „Prozedur mit Zusatzkennzeichen B“ ist es weiterhin möglich, beidseitige Eingriffe im Grouper dezidiert zu berücksichtigen.

Konstellation 2 – Hilfskonstruktion „beidseitiger Eingriff“ im Algorithmus

Im Gruppierungsalgorithmus konnten bisher DRGs mit beidseitigen Eingriffen, sofern keine spezifischen Codes für das einseitige/beidseitige Verfahren existierten, nur unspezifisch über die Logik „zwei Prozeduren aus einer Tabelle“ abgefragt werden. Dabei wurden allerdings auch mehrere Eingriffe einer Seite eingeschlossen. Alle Logiken, in denen derart mehrere bzw. beidseitige Eingriffe abgefragt wurden, mussten für die G-DRG-Version 2005/2006 angepasst werden. Ein Beispiel ist die DRG D01A *Kochleaimplantation, bilateral*. Hier musste die Logik

„Mindestens zwei Prozeduren in Tabelle TAB-D01-1“

aus der G-DRG-Version 2004/2006 für eine inhaltsgleiche Abbildung in der G-DRG Version 2005/2006 in

„Mindestens zwei Prozeduren in Tabelle TAB-D01-1 oder Prozedur mit Zusatzkennzeichen B in Tabelle TAB-D01-1“

geändert werden.

Auf das Kriterium *„Mindestens zwei Prozeduren in Tabelle [...]“* konnte grundsätzlich nicht verzichtet werden, da derart kalkulierte DRGs auch zwei einseitige Eingriffe beinhalten. Die zukünftig verfügbare Seitenlokalisation wird eine bessere Kalkulationsgrundlage für derartige Analysen darstellen.

3.3.4.5 Anpassungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen

Vorschläge zur Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM Version 2006 und OPS Version 2006 konnten wie auch im vergangenen Jahr ausschließlich beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingereicht werden. Die im Rahmen des Verfahrens beim InEK eingegangenen Vorschläge zur Neuformulierung von Codes wurden an die zuständigen Stellen beim DIMDI weitergeleitet.

Über die im Vorschlagsverfahren für 2006 angeregten Änderungen hinaus wurde im Zuge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems die Notwendigkeit für weitere neue Codes deutlich. Diese wurden vom InEK beim DIMDI entsprechend beantragt und konnten kurzfristig noch Eingang in den OPS Version 2006 bzw. in die ICD-10-GM Version 2006 finden.

So zeigte sich zum Beispiel anhand der Daten der Kalkulationskrankenhäuser, dass es aufgrund der vorliegenden Fallzahlen und Kosten sinnvoll ist, bei dem Code 8-980 *Intensivmedizinische Komplexbehandlung* die Codes 8-980.2 bis 8-980.6 weiter zu differenzieren anhand der Aufwandspunkte, um hier in den folgenden Kalkulationen detailliertere Abbildungen zu ermöglichen.

Weitere Beispiele sind die neuen Codes aus 8-012 *Applikation von Medikamenten Liste 1* und 8-013 *Applikation von Medikamenten Liste 2* zur Abrechnung der Zusatzentgelte für hochteure Medikamente.

3.3.5 Anpassungen der Deutschen Kodierrichtlinien

Für das Jahr 2006 bestand unter den Selbstverwaltungspartnern Konsens, die bereits für 2005 begonnene grundlegende Überarbeitung der Deutschen Kodierrichtlinien im Sinne einer Verschlankung weiterzuführen. In diesem Zuge wurden wieder vereinzelt Kodierrichtlinien gestrichen bzw. kondensiert, um inhaltliche Redundanzen sowohl innerhalb der DKR als auch zu ICD-10-GM und OPS zu vermeiden. Zusätzlich erfolgte eine redaktionelle Überarbeitung sowie die Anpassung an die Änderung der Diagnosen-/Prozedurenklassifikation bzw. die Änderung der G-DRG-Klassifikation für 2006.

Im Folgenden einige Beispiele für prägnante Änderungen/Klarstellungen:

- Strahlentherapie: Aufnahme einer analogen Regelung zur Kodierung bei stationärer Aufnahme zur systemischen Strahlentherapie von Primärtumor und/oder Metastasen in DKR 0201
- Klarstellung der Reihenfolge von Ätiologie-/Manifestationsverschlüsselung außerhalb des Kreuz-Stern-Systems
- Klarstellung der Kodierung des ICD-10-GM-Kodes Z37.-! *Resultat der Entbindung* in der DKR 1507

Darüber hinaus ergab sich die Notwendigkeit zur Änderung bei einigen Kodierrichtlinien auch mittelbar aus den in Kapitel 3.3.4.5 erläuterten Änderungen der ICD-10- und OPS-Klassifikationen.

3.4 Statistische Kennzahlen

3.4.1 Wesentliche Ergebnisse und Änderungen zum Vorjahr

3.4.1.1 Erweiterung und Umbau der Fallgruppen

Kennzahlen

Das G-DRG-System Version 2006 umfasst insgesamt 954 DRGs. Einen Überblick über die Veränderungen im Vergleich zum G-DRG-System Version 2005 bietet die folgende Tabelle 16.

	Anzahl DRGs	Veränderung zum Vorjahr
G-DRG-System 2006	954	+ 76
davon im Fallpauschalen-Katalog	912	+ 67
davon nicht bewertet (Anlage 3)	40	+ 7
davon rein teilstationäre DRGs	2	+ 2
davon explizite Ein-Belegungstag-DRGs	17	- 2
davon implizite Ein-Belegungstag-DRGs	241	+ 25

Tabelle 16: Überblick über G-DRG-System Version 2006

Im Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Anlage 2 FPV) befinden sich 40 bewertete Zusatzentgelte (Vorjahr: 35). Die Anzahl der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Zusatzentgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG (Anlage 4 FPV) liegt bei 42 (Vorjahr: 36).

Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC

Die im Anhang enthaltene Tabelle A-4 gibt einen Überblick über die Veränderung der Anzahl der DRGs je MDC.

3.4.1.2 Nicht bewertete DRGs

Im G-DRG-System 2006 erhöhte sich die Anzahl der als „nicht pauschalierbar“ dargestellten DRGs gegenüber dem G-DRG-System 2005 um sieben auf insgesamt 40 DRGs. Diese wurden abschließend definiert, sodass lediglich die Vergütungshöhe dieser DRGs krankenhausesindividuell nach § 6 Abs. 1 KHEntgG zu verhandeln ist.

Eine tiefgehende Analyse aller DRGs erfolgte analog dem Vorgehen der letzten Jahre:

- Homogenität aller Fälle
- Homogenität der Inlier

- Mindestfallzahl
- Streuung der Verweildauer
- Vergütung der Langlieger im Verhältnis zu deren tagesbezogenen Kosten
- Möglichkeit einer zuverlässigen, trennscharfen und präzisen Zuordnung anhand der bestehenden ICD-10- und OPS-Klassifikationen – verbunden mit bestimmten Kodierrichtlinien

Die kritische Gesamtwürdigung dieser Aspekte führte im G-DRG-System 2006 dazu, dass sich in den 40 in Anlage 3 der FPV 2006 aufgeführten Fallpauschalen die DRG aufgrund der Verletzung eines oder mehrerer Kriterien als „nicht pauschalierbar“ darstellte.

3.4.1.3 Zusatzentgelte

Unter Anwendung des im Vorjahr etablierten Verfahrens wurden 229 spezielle und hoch aufwändige Leistungen auf ihre sachgerechte Abbildung im DRG-System untersucht. Die von den Kalkulationskrankenhäusern bereitgestellten ergänzenden Fallinformationen bildeten wiederum die zentrale Grundlage für die Definition und Bewertung der Zusatzentgeltleistungen. Tabelle 17 zeigt die Zahl der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2006 im Vergleich zum G-DRG-System 2005:

	G-DRG-System Version 2005	G-DRG-System Version 2006
Mit einem Vergütungsbetrag bewertete Zusatzentgelte		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	12	11
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	23	29
Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG		
Operative und interventionelle Verfahren (einschl. Dialysen und verwandte Verfahren)	25	28
Gabe von Medikamenten und Blutprodukten	9	11
Besondere Behandlungsformen	2	3
Gesamt	71	82

Tabelle 17: Vergleich der Zahl der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2005 und 2006

Bei den besonderen Behandlungsformen handelt es sich um die *Anthroposophisch-medizinische Komplexbehandlung* (ZE 2005-26/2006-26), die *Versorgung von Schwerstbehinderten* (ZE 2005-36/2006-36) sowie die *Naturheilkundliche Komplexbehandlung* (ZE 2006-40).

Die strukturellen Veränderungen im Bereich der Zusatzentgelte des G-DRG-Systems 2006 im Vergleich zum Vorjahr stellt Abbildung 7 in der Übersicht dar:

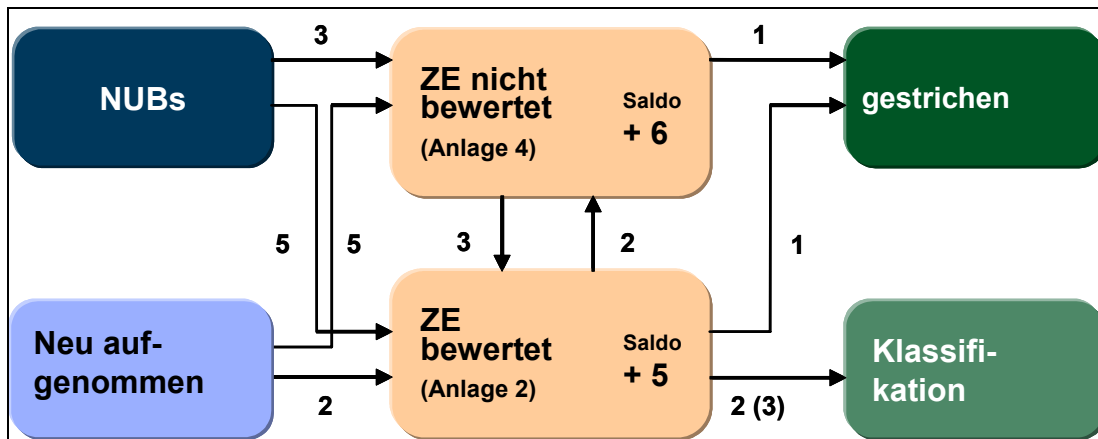


Abbildung 7: Strukturelle Veränderungen der Zusatzentgelte im G-DRG-System 2006 im Vorjahresvergleich

Mit einem Vergütungsbetrag wurden 40 Zusatzentgelte bewertet und in Anlage 2 der FPV 2006 aufgenommen.

Die mit ZE 03 und 04 (*Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese*) abgebildeten Leistungen konnten in die Klassifikation aufgenommen werden. Das trifft auch auf die ursprünglich ZE 08 zugeordnete *Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem* zu. ZE 22 *Gabe von Methotrexat, parenteral* wurde aufgrund zu geringer Kostenrelevanz gestrichen. Die verfügbare Datengrundlage für ZE 02 *Hämodiafiltration* und für die im ehemaligen ZE 08 abgebildeten *Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation, Mehrelektrodensystem* reichte für eine Bewertung nicht aus, sodass für die betreffenden Leistungen Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in Anlage 4 aufgenommen wurden.

Umgekehrt war im diesjährigen Verfahren eine Bewertung von drei zuvor in Anlage 4 enthaltenen Zusatzentgelten möglich (ZE 36 *Plasmapherese*, ZE 37 *Extrakorporale Photopherese*, ZE 38 *Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalievirus, parenteral*). Darüber hinaus sind fünf aus dem NUB-Verfahren stammende Leistungen (ZE 48 *Gabe von Aldesleukin, parenteral*, ZE 49 *Gabe von Bortezomib, parenteral*, ZE 50 *Gabe von Cetuximab, parenteral*, ZE 52 *Gabe von Liposomalem Doxorubicin, parenteral*, ZE 53 *Gabe von Pemetrexed, parenteral*) sowie zwei neu in die Untersuchung aufgenommene Leistungen über Zusatzentgelte definiert und bewertet worden, sodass sich die Zahl der bewerteten Zusatzentgelte in Anlage 2 insgesamt um fünf erweitert hat.

Der Vergütungsbetrag der bewerteten operativen und interventionellen Verfahren wurde im Wesentlichen durch den Einsatz hochteurer Sachmittel (Implantate) und ggf. weitere verfahrensbezogene Kostenanteile bestimmt. Im Bereich der Medikamente war eine rückläufige Preistendenz feststellbar, die teilweise auch deutlich ausgeprägt ausfiel. In der Konsequenz wurde bei vier Zusatzentgelten (ZE 24 *Gabe von Paclitaxel, parenteral*, ZE 30 *Gabe von Prothrombinkomplex, parenteral*, ZE 43 *Gabe von Liposomalem Amphotericin B, parenteral*, ZE 47 *Gabe von Antithrombin III, parenteral*) die untere Dosisklasse (für Erwachsene) gestrichen. Bei 11 Zusatzentgelten für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten wurden spezifisch für die Behandlung von Kindern anwendbare Mengenklassen definiert (vgl. Kap. 3.3.2.19).

In die Liste der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte gem. § 6 Abs. 1 KHEntgG wurden 42 Leistungen aufgenommen, das sind sechs mehr als im Vorjahr.

Eine verbesserte Datenbasis ermöglichte für drei Leistungen die Bewertung mit einem Vergütungsbetrag und die Aufnahme in Anlage 2 (ZE 36 *Plasmapherese*, ZE 37 *Extrakorporale Photopherese*, ZE 38 *Gabe von Human-Immunglobulin, spezifisch gegen Zytomegalie-Virus, parenteral*). Ein Zusatzentgelt (ZE 2005-20) wurde auf Antrag der Fachgesellschaft gestrichen. Ergänzend wurden Leistungen aufgenommen, die die Kriterien für eine Zusatzentgeltdefinition erfüllen, jedoch – so wie alle übrigen in Anlage 4 der FPV 2006 zusammengefassten Leistungen – auf der vorhandenen Datenbasis nicht mit einem Vergütungsbetrag bewertet werden konnten. Demzufolge sind diese Zusatzentgelte krankenhausesindividuell gem. § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG zu vereinbaren.

Die Darstellung der Zusatzentgelte in den Anlagen 2 bis 6 der FPV 2006 erfolgte auf Wunsch der mit der Leistungsabrechnung befassten Stellen der Selbstverwaltungspartner und begründet sich aus der Notwendigkeit, die Abrechnungsschlüssel im Verfahren gem. § 301 SGB V eindeutig der definierten Leistung zuordnen zu können.

3.4.2 Kompressionseffekt

Die Tatsache, dass aufwändige Leistungen ebenso wie deutlich weniger aufwändige Leistungen einer DRG oder DRGs mit ähnlichen Bewertungsrelationen zugeordnet werden, wird als Kompressionseffekt bezeichnet. Man unterscheidet hierbei den

- kostenrechnerischen Kompressionseffekt und den
- dokumentarischen Kompressionseffekt.

Der kostenrechnerische Kompressionseffekt tritt dadurch auf, dass die Kosten eines Krankenhauses im Rahmen der Ermittlung der Rohfallkosten nicht verursachungsgemäß den Fällen zugeordnet werden, sondern mittels pauschalierender Methoden undifferenziert auf alle Fälle verteilt werden. Im Extremfall wird jedem Fall der gleiche Kostenwert zugeordnet und es kann somit kein Unterschied in den Bewertungsrelationen abgebildet werden.

Der dokumentarische Kompressionseffekt entsteht einerseits dadurch, dass durch die fehlerhafte Dokumentation einzelner gruppierungsrelevanter Merkmale Fälle mit hohem Komplexitäts- und Morbiditätslevel und entsprechend hohen Kosten fälschlicherweise Fallgruppen mit niedrigerer Bewertung zugeordnet werden. Andererseits werden Fälle mit niedrigem Komplexitäts- und Morbiditätslevel und entsprechend geringen Kosten durch eine fehlerhafte Dokumentation (hier Überkodierung) in hoch bewertete Fallgruppen eingeordnet. Dadurch werden die Bewertungsrelationen der hoch und der niedrig bewerteten DRGs einander angeglichen.

Gründe für die weitere Reduktion des Kompressionseffekts

Wie schon im Vorjahr sorgte eine verbesserte Datenbasis dafür, dass die Weiterentwicklung des Systems zu einer merklichen Reduktion des dokumentarischen und kostenrechnerischen Kompressionseffekts führte.

Die erneut gestiegene Kodierqualität sowie die weitere Verbesserung der Zuordnung von Einzelkosten zu den Fällen bei den Kalkulationskrankenhäusern haben dazu beigetragen, dass sowohl der dokumentarische als auch der kostenrechnerische Kompressionseffekt verringert wurden. Ebenso führten die erweiterten Plausibilitätsprüfungen (siehe Kap. 2.1) in Verbindung mit einer aufwändigen Einzelfallprüfung sowie durchgeführte explizite Fallanalysen dazu, dass die Stauchung der Bewertungsrelationen weiter deutlich reduziert werden konnte.

Darstellung der Reduktion des Kompressionseffekts

Die Spreizung des G-DRG-Systems kann z.B. bemessen werden, indem man den Quotienten aus dem α - und $(1-\alpha)$ -Quantil der Bewertungsrelationen betrachtet. Damit wird die Spanne der Bewertungsrelationen zwischen niedrig bewerteten und hoch bewerteten DRGs beziffert. Je größer α , desto höher fällt der Quotient aus. Bei einem Vergleich zweier Systeme (z.B. die G-DRG-Systeme Version 2005 und Version 2006) bedeutet die Zunahme des Quotienten eine Reduktion des Kompressionseffekts.

In der Analyse werden jeweils die DRGs mit einem Mittelwert der Verweildauer von 1,0 nicht berücksichtigt.

In der folgenden Abbildung 5 sind für verschiedene α (0,95, 0,9, 0,8 und 0,75) die Quotienten im Vergleich der jeweils aufeinander folgenden G-DRG-Systeme (Version 1.0 bis Version 2006) dargestellt.

Für $\alpha = 0,95$ ergibt sich im Vergleich zwischen dem G-DRG-System Version 2005 und dem G-DRG-System Version 2006 z.B. ein Quotient von 24,9. Dieser lag im letzten Jahr (Vergleich G-DRG-System Version 2004 vs. G-DRG-System Version 2005) noch bei 21,5. Die Spreizung der Bewertungsrelationen hat sich hier um 16% vergrößert. Für $\alpha = 0,8$ ist diese Spreizung z.B. um 8% erhöht.

Die Dekomprimierung des Systems wurde durch das G-DRG-System Version 2006 nochmals gesteigert.

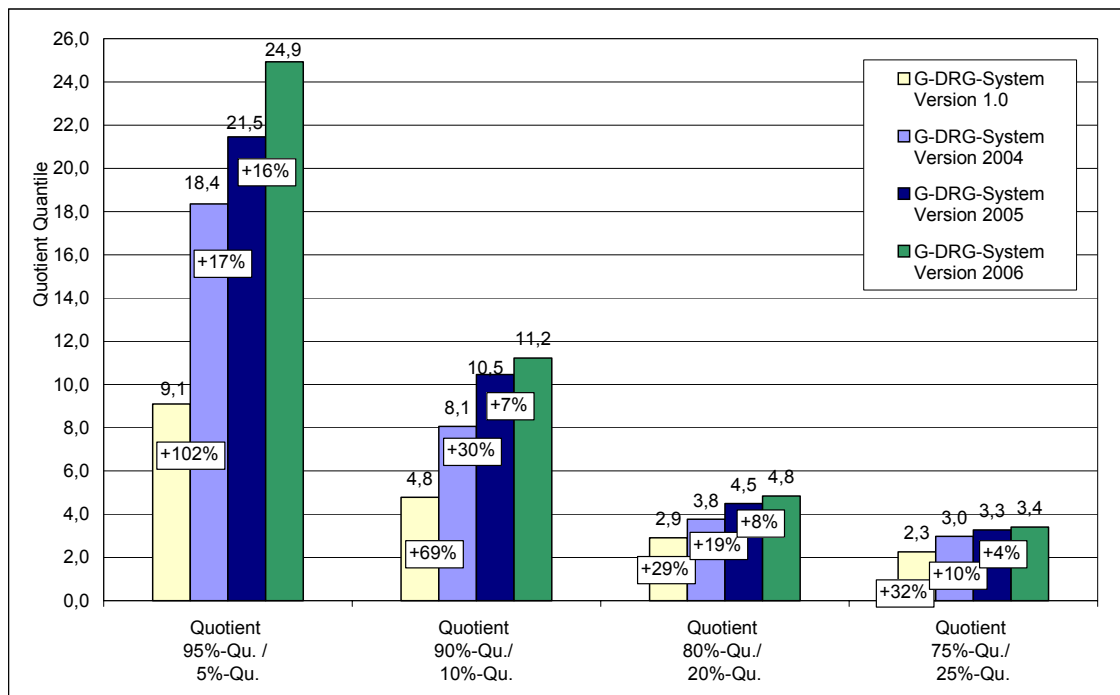


Abbildung 8: Quotient aus α - und $(1-\alpha)$ -Quantilen für G-DRG-Systeme Version 1.0 bis 2006 für $\alpha = 0,95$, $\alpha = 0,9$, $\alpha = 0,8$ und $\alpha = 0,75$

Auch eine andere Perspektive zeigt, dass der Kompressionseffekt verringert werden konnte: Für die Bewertungsrelationen der beiden G-DRG-Systeme 2005 und 2006 werden die Ein-Prozent-Quantile berechnet und verglichen (siehe Abb. 9). Es ist er-

kennbar, dass die teuersten Bewertungsrelationen des Systems 2006 höher sind als die des Systems 2005.

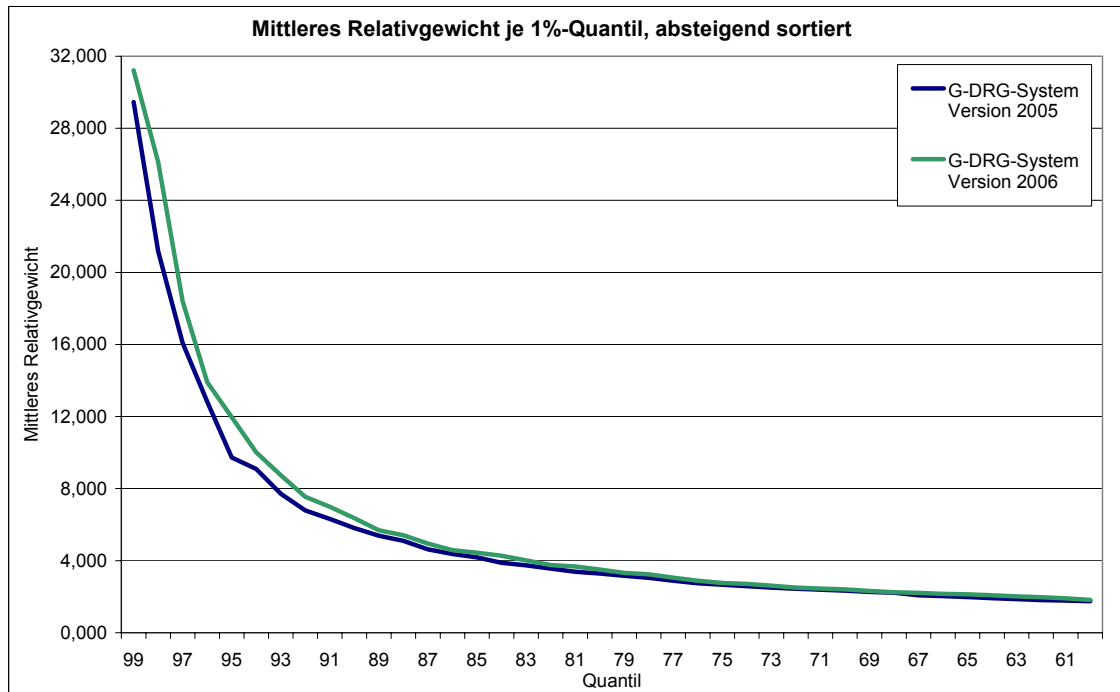


Abbildung 9: Ein-Prozent-Quantile für G-DRG-Systeme Version 2005 und 2006, absteigend sortiert

3.4.3 Statistische Güte der Klassifikation

Zur Einschätzung der Güte von pauschalierenden Entgeltsystemen wird ihre Fähigkeit zur Bildung kostenhomogener Klassen zugrunde gelegt. Mathematisch kann man hierzu die Güte der Klassifikation mit Hilfe von Kostenstreuungsmaßen bewerten. Vor diesem Hintergrund wurden der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion (siehe Kap. 3.4.3.1), der Homogenitätskoeffizient der Fallkosten sowie das Konfidenzintervall um den Fallkostenmittelwert der Inlier (siehe Kap. 3.4.3.2) herangezogen.

Der Analyse lag die nach Prüfungen und Bereinigungen vorliegende Fallmenge der in Hauptabteilungen versorgten Fälle zugrunde. Diese 2.425.876 Fälle (siehe Kap. 3.2.1.1) wurden sowohl nach dem G-DRG-System Version 2005 als auch nach dem G-DRG-System Version 2006 gruppiert.

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

Dies führte in den Analysen zur Verwendung von 825 (G-DRG-System Version 2005) bzw. 893 (G-DRG-System Version 2006) DRGs.

3.4.3.1 Analyse der Varianzreduktion

Zur Bewertung des G-DRG-Systems Version 2006 im Vergleich zum G-DRG-System Version 2005 wurde der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion herangezogen. Dieses statistische Maß zeigt den durch die Klassifikation erklärten Anteil der Kostenstreuung an. Je geringer der Anteil der erklärten Streuung in den Klassen im Vergleich zur Streuung zwischen den Klassen ist, desto höher ist die Güte des Systems.

In beiden Versionen wurden die R^2 -Werte auf Basis der Daten des Jahres 2004 – für alle Fälle und für Inlier – berechnet und einander gegenübergestellt. Es ergaben sich die folgenden Maße (siehe Tab. 18):

	G-DRG-System Version 2005	G-DRG-System Version 2006	Verbesserung (in %)
R^2 -Wert auf Basis aller Fälle	0,6617	0,6805	2,8
R^2 -Wert auf Basis der Inlier	0,7759	0,7884	1,6

Tabelle 18: Vergleich der Varianzreduktion R^2 im G-DRG-System Version 2005 und im G-DRG-System Version 2006 (Datenbasis: Daten des Jahres 2004)

Bezogen auf alle Fälle konnte die Varianzreduktion um knapp 3% verbessert werden. Für Inlier wurde ein R^2 -Wert von fast 0,79 erreicht. Somit konnte der R^2 -Wert als Maß für die Varianzreduktion auf Basis der Inlier im G-DRG-System Version 2006 noch um 1,6% im Vergleich zum G-DRG-System Version 2005 gesteigert werden. Diese Steigerungen sind vor dem Hintergrund der veränderten Stichprobenstruktur zu bewerten. Durch die Hinzunahme von 81 Kalkulationskrankenhäusern, die erstmalig an der Kalkulation teilnahmen, besteht die latente Gefahr eines sich erhöhenden Kompressions-effektes und damit in Konsequenz einer Beharrung oder gar Verminderung der erreichten Varianzreduktion. Insofern ist die in Tabelle 18 ausgewiesene Steigerung der Varianzreduktion deutlich höher einzuschätzen, als sie sich rechnerisch darstellen lässt.

Tendenziell bewirkt eine höhere Anzahl von Klassen eine Zunahme des R^2 -Wertes. Durch die Steigerung von 878 auf 956 DRGs (bzw. von 825 auf 893 DRGs für die der R^2 -Analyse zugrunde liegende Datenbasis) ist ein automatischer R^2 -Anstieg verbunden. Dieser ist jedoch von nachrangiger Bedeutung.

Auf Basis aller Fälle ergäbe sich durch die Steigerung um $893 - 825 = 68$ DRGs eine (theoretische) R^2 -Steigerung von 0,000028 bei nicht zielgerichteter, d.h. zufälliger Klassifikationsentwicklung. Der tatsächliche Anstieg des R^2 -Wertes bei zielgerichteter Klassifikationsentwicklung (inklusive der Zunahme der DRG-Klassenzahl) beträgt 0,0189. Damit unterscheidet sich die Verbesserung der Varianzreduktion durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung des G-DRG-Systems um den Faktor 675 vom Effekt der reinen Zunahme der DRG-Klassenzahl.

Auf Basis der Inlier beträgt dieser Faktor 347 (theoretischer R^2 -Anstieg um 0,000036 durch DRG-Zunahme bei zufälliger Klassifikationsentwicklung, tatsächlicher Anstieg des R^2 -Wertes um 0,0125 bei zielgerichteter Klassifikationsentwicklung).

Neben der Betrachtung des gesamten G-DRG-Systems kann die Varianzreduktion auch für jede einzelne MDC berechnet werden.

In der folgenden Abbildung 10 sind die R²-Werte je MDC auf Basis der Inlier dargestellt. Die Sortierung der MDCs erfolgt absteigend nach dem R²-Wert für das G-DRG-System Version 2006 (linke Skala).

Der Index gibt das Verhältnis zwischen der Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System Version 2006 zur Varianzreduktion der jeweiligen MDC für das G-DRG-System Version 2005 wieder. Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich (rechte Skala).

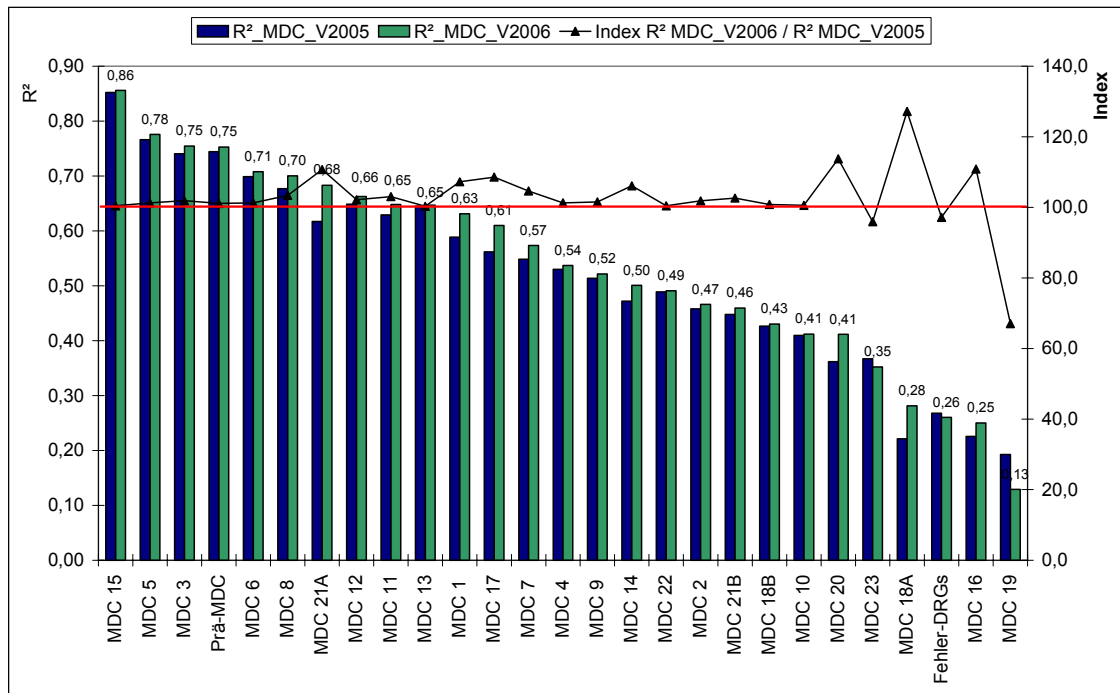


Abbildung 10: R²-Wert je MDC für G-DRG-System Version 2005 und 2006, Basis: Inlier (Sortierung nach R²-Wert für G-DRG-System Version 2006), Daten des Jahres 2004

Die Darstellung lässt deutliche Unterschiede in der Varianzreduktion zwischen den MDCs erkennbar werden. Bis auf drei MDCs ist eine positive Veränderung im G-DRG-System Version 2006 gegenüber der Version 2005 ersichtlich (Index >100).

In den folgenden MDCs

- MDC 18A HIV (Index 127),
- MDC 20 Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen (Index 114),
- MDC 16 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems (Index 111) und
- MDC 21A Polytrauma (Index 111)

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

Die Varianzreduktion in den MDCs 01, 05, 06 und 08, die in beiden G-DRG-System-Versionen knapp die Hälfte der Fälle der analysierten DRGs stellen, konnte ebenfalls gesteigert werden:

- MDC 01 *Krankheiten und Störungen des Nervensystems*: von 0,59 auf 0,63 (Index 107)
- MDC 05 *Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems*: von 0,77 auf 0,78 (Index 101)
- MDC 06 *Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*: von 0,70 auf 0,71 (Index 101)
- MDC 08 *Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*: von 0,68 auf 0,70 (Index 103)

3.4.3.2 Analyse der Kostenhomogenität

Eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verbesserung der G-DRG-Klassifikation bietet der Vergleich der Kostenhomogenität der DRGs in den beiden G-DRG-Systemen Version 2005 und Version 2006 mit Hilfe des Homogenitätskoeffizienten der Kosten.

Teilt man die DRGs bezüglich des Kostenhomogenitätskoeffizienten in Klassen ein, so ergibt sich – auf Basis der Inlier (Daten des Jahres 2004) für die analysierten DRGs – folgende Situation (siehe Tab. 19):

Homogenitätskoeffizient Kosten	G-DRG-System Version 2005		G-DRG-System Version 2006		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 55%	10	1,2	5	0,6	-53,8
55 bis unter 60%	58	7,0	34	3,8	- 45,8
60 bis unter 65%	230	27,9	197	22,1	- 20,9
65 bis unter 70%	256	31,0	323	36,2	+ 16,6
70 bis unter 75%	185	22,4	224	25,1	+11,9
75% und mehr	86	10,4	110	12,3	+18,2
Gesamt	825		893		

Tabelle 19: Vergleich Homogenitätskoeffizient Kosten für G-DRG-System Version 2005 und Version 2006, Basis: Inlier, Daten des Jahres 2004

Die Klassen mit höherer Homogenität sind im G-DRG-System Version 2006 relativ und absolut stärker vertreten als in der Version 2005.

Kumuliert man die Homogenitätsklassen, so wird auch hier die Zunahme sehr kostenhomogener DRGs evident. In Abbildung 11 ist neben den kumulierten Homogenitätsklassen (linke Skala) als Index das Verhältnis zwischen den Anteilen in den jeweiligen

Homogenitätsklassen für das G-DRG-System Version 2006 und für das G-DRG-System Version 2005 angegeben (rechte Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich.

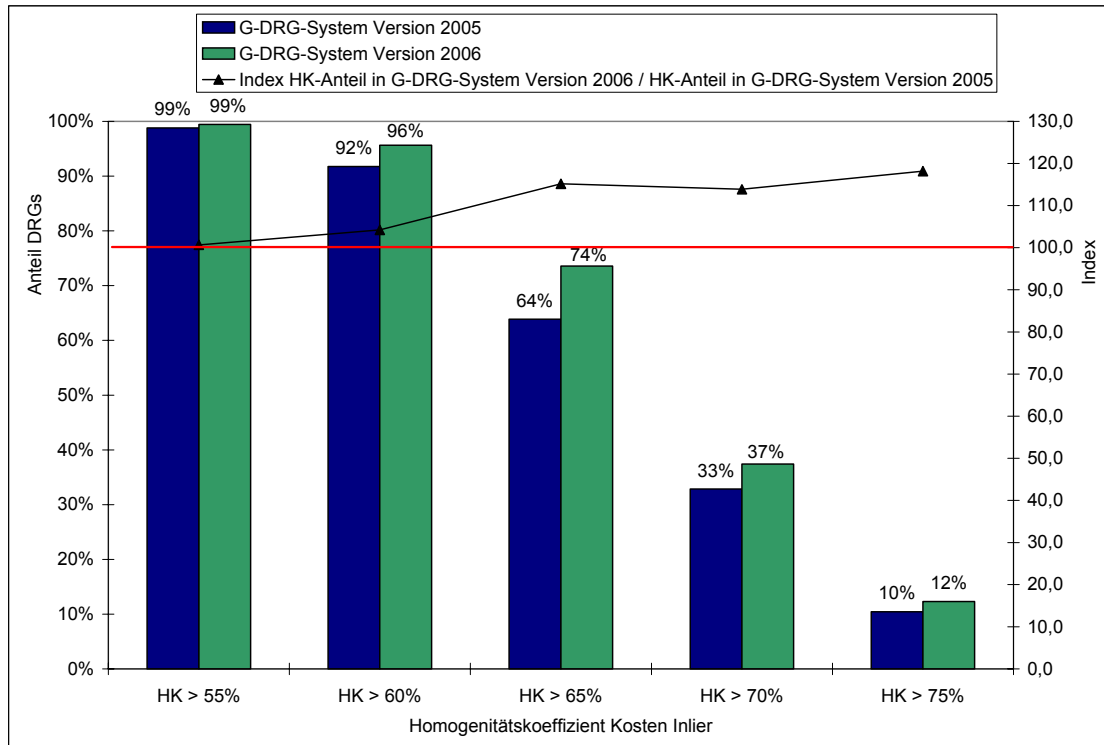


Abbildung 11: Vergleich der kumulierten Fallkosten-Homogenitätsklassen für G-DRG-System Version 2005 und Version 2006 bezüglich DRG-Anteil, Basis: Inlier, Daten des Jahres 2004

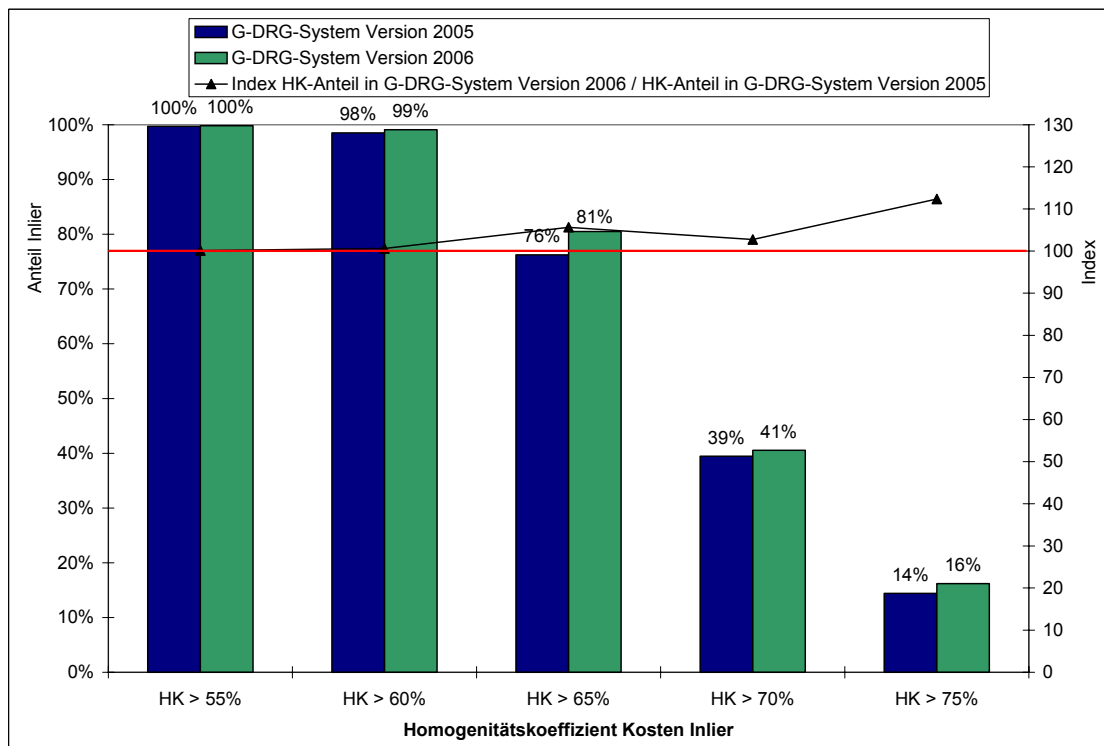


Abbildung 12: Vergleich der kumulierten Fallkosten-Homogenitätsklassen für G-DRG-System Version 2005 und Version 2006 bezüglich Fallanteil, Basis: Inlier, Daten des Jahres 2004

Der Anteil der DRGs (siehe Abb. 11) mit einem Homogenitätskoeffizienten über 70% ist von 33% auf 37% gestiegen (Index 114). Bei den sehr kostenhomogenen DRGs mit einem Homogenitätskoeffizienten über 75% liegt der Index bei 118.

In Abbildung 12 zeigt auch die Betrachtung des Fallanteils der Inlier statt des Anteils der DRGs in den Homogenitätskoeffizientenklassen die Verbesserung. In den sehr kostenhomogenen DRGs mit einem Homogenitätskoeffizienten über 70% liegen z.B. 41% aller Inlier bezüglich des G-DRG-Systems Version 2006.

Analyse des Konfidenzintervalls der Fallkosten

Aus den statistischen Kennzahlen der Fallkosten einer DRG lässt sich ein Konfidenzintervall (KI) um den Fallkostenmittelwert der Inlier berechnen. Dies bietet eine weitere Möglichkeit, die Homogenität der Fallgruppen zu untersuchen. Ein hoher Anteil an Fällen, deren Kosten innerhalb der Grenzen des KI liegen, ist ein Indiz dafür, dass diese DRG eine kostenhomogene Fallgruppe bildet und die Kostensituation realistisch abbildet.

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

Die analysierten DRGs wurden in Klassen eingeteilt, die den beschriebenen Anteil widerspiegeln. Die folgende Tabelle 13 zeigt den Anteil der DRGs in den verschiedenen Klassen für die G-DRG-Systeme Version 2005 und Version 2006.

Im G-DRG-System Version 2006 haben in knapp 60% der DRGs 90 bis 95% der Fälle Fallkosten, die innerhalb des 95%-KI des Fallkosten-Mittelwerts der Inlier liegen. Nur 6% der DRGs haben im 95%-KI einen Anteil unter 85%.

Fallanteil im 95%-KI mittl. Fallkosten Inlier	G-DRG-System Version 2005		G-DRG-System Version 2006		Veränderung des Anteils
	Anzahl	Anteil (in %)	Anzahl	Anteil (in %)	
<i>Bereich</i>					<i>Veränderung (in %)</i>
unter 80%	21	2,5	17	1,9	-23,9
80 bis unter 85%	59	7,2	37	4,1	- 42,5
85 bis unter 90%	268	32,5	263	29,5	- 9,4
90 bis unter 95%	441	53,4	531	59,5	+ 11,4
95% und mehr	36	4,4	45	5,0	+ 14,5
Gesamt	825		893		

Tabelle 13: Anteil DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der DRG-Inlier liegen, Basis: G-DRG-System Version 2005 und Version 2006, Daten des Jahres 2004

Die Klassen mit höheren Fallanteilen sind im G-DRG-System Version 2006 relativ und absolut stärker vertreten als in der Version 2005. In der folgenden Abbildung 14 sind die Daten in kumulierter Weise dargestellt.

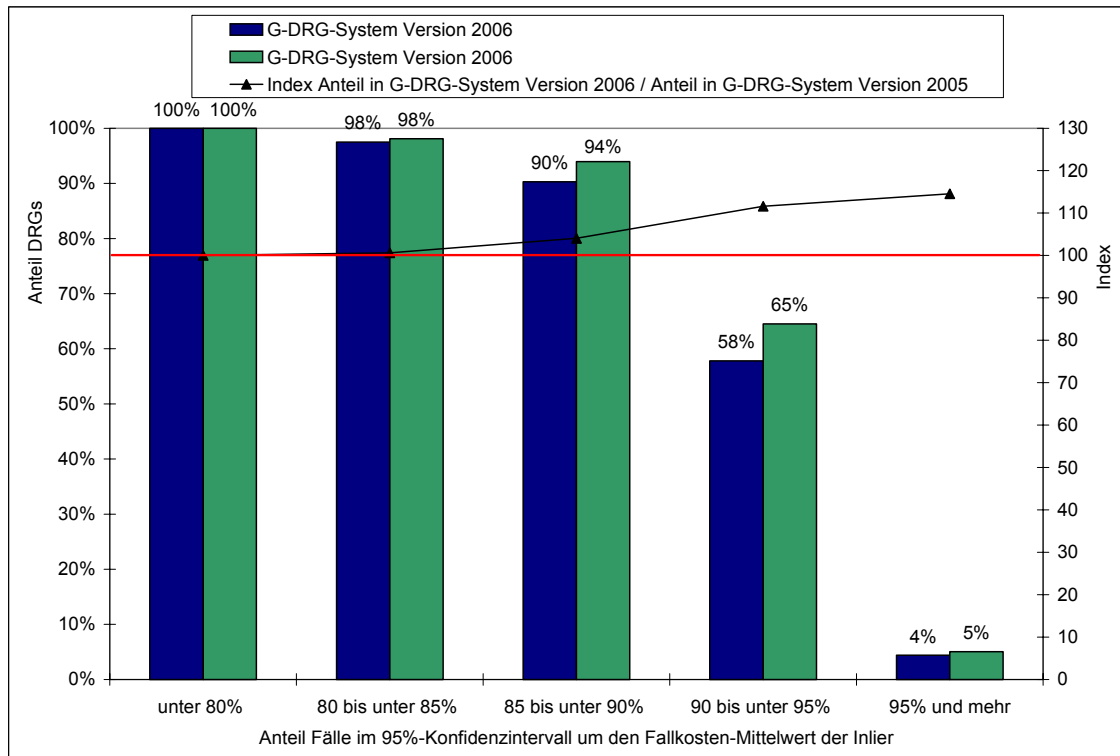


Abbildung 14: Kumulierte Anteile der DRGs, deren Fallkosten innerhalb der Grenzen des 95%-Konfidenzintervalls um den Fallkosten-Mittelwert der Inlier liegen, Basis: G-DRG-System Version 2005 und Version 2006, Daten des Jahres 2004

Der Anteil an DRGs mit einem Fallanteil von mehr als 90% innerhalb des 95%-KI des Fallkosten-Mittelwerts der Inlier ist im Vergleich erkennbar gestiegen.

Diese Resultate unterstreichen insgesamt die Kostenhomogenität des G-DRG-Systems Version 2006.

3.4.4 Prüfung auf Repräsentativität der Verweildauer

Zur Überprüfung der Repräsentativität der Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde ein Abgleich dieser Daten mit den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG vorgenommen. In beiden Datengesamtheiten wurden die Inlier in Hauptabteilungen, definiert durch die Grenzverweildauern des Fallpauschalen-Katalogs für 2006, betrachtet. Verlegte Fälle wurden dabei nur für bestimmte DRGs mit einbezogen (siehe Tab. A-1 im Anhang).

Für die Daten der Kalkulationskrankenhäuser wurde durch die differenzierten Plausibilitätsprüfungen (siehe Kap. 2.1) und dazugehörige Einzelnachfragen ein hoher Detaillierungsgrad der Plausibilisierung erreicht. Die rund 17,7 Mio. DRG-Datensätze gem.

§ 21 KHEntgG wurden durch die Durchführung von Fallzusammenführungen und medizinischen Plausibilitätsprüfungen ebenfalls plausibilisiert (siehe Kap. 2.1).

Unter der Zielvorgabe einer möglichst großen Kostenhomogenität der G-DRG-Klassifikation müsste die Überprüfung der Repräsentativität in beiden Datengesamtheiten mit Hilfe von Kostendaten durchgeführt werden; wegen fehlender Kostenangaben in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG war dies nicht unmittelbar möglich.

Hilfsweise wurde daher als Parameter zur Prüfung auf Repräsentativität die Verweildauer zugrunde gelegt. Hier lässt sich im Allgemeinen – wenn auch nicht immer im Einzelfall gültig – ein Zusammenhang zu den Fallkosten herstellen.

Die relativen Häufigkeiten der DRGs und der Schweregrade sowie die Altersverteilungen stellen dagegen keine geeigneten Parameter dar und fanden keine Berücksichtigung.

Überblick über das analytische Vorgehen

- Zunächst wurde mit einem **Anpassungstest** überprüft, ob die jeweiligen Verweildauerverteilungen normal- oder lognormalverteilt sind.
- Die **Prüfung auf Repräsentativität** der Verweildauerverteilung erfolgte mit einem verteilungsfreien Testverfahren.
- Die Analyse der **Differenz der Verweildauer-Mittelwerte** beleuchtet die praktische Relevanz des Resultats der Repräsentativitätsprüfung näher.
- Schließlich erfolgte eine **Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer**, der mit der Fokussierung auf das Streuungsverhalten eine weitere Möglichkeit zur Analyse der Verweildauerverteilung bietet.

Für die statistischen Analysen wurde als Signifikanzniveau 5% festgelegt.

Nicht einbezogen in die Analyse der Verweildauer wurden folgende DRGs:

- 17 Ein-Belegungstag-DRGs (Begründung: siehe Einleitung zu Kap. 3.4.3),
- 62 DRGs mit weniger als 30 Fällen (Begründung: siehe unten im Abschnitt zur Prüfung auf Repräsentativität). Dies betraf hauptsächlich DRGs aus der *Prä-MDC* (25 DRGs) und der *MDC 15 Neugeborene* (11 DRGs),
- 18 auf Basis der ergänzenden Datenbereitstellung der Kalkulationskrankenhäuser (siehe Kap. 3.2.1.2) kalkulierte DRGs, z.B. Intensivmedizinische Komplexbehandlung, Neurologische Komplexbehandlung (Stroke-Unit). Die zur Definition dieser DRGs in der Kalkulation verwendeten Attribute sind in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG nicht enthalten. Somit ist ein Vergleich zwischen diesen und den Kalkulationsdaten nicht möglich, da diese DRGs von Fällen ohne zusätzliche, der ergänzenden Datenbereitstellung entstammende Attribute nicht getroffen werden können.

Durch diese Einschränkungen dienten somit 855 DRGs als Analysegrundlage.

Anpassungstest

Eine Prüfung auf Normal- und Lognormalverteilung mit Hilfe des Kolmogoroff-Smirnov-Anpassungstests ergab, dass die empirische Verteilung der Verweildauern nur bei sehr wenigen DRGs diesen beiden Verteilungen folgt. Insgesamt konnte nur bei 29 DRGs in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG und 131 DRGs der Daten der Kalkulationskrankenhäuser die Nullhypothese einer Normalverteilung beibehalten werden; das ent-

spricht 3% bzw. 15% (bezogen auf 855 DRGs). Für den Test auf Lognormalverteilung lagen die Quoten bei 4% bzw. 21%.

Das Ergebnis bei der Prüfung auf (die symmetrische) Normalverteilung war aufgrund der meist rechtsschiefen Verweildauerverteilungen zu erwarten; die Anteile für die – eher rechtsschiefe – Lognormalverteilung zeigten allerdings ähnliche Größenordnungen.

Prüfung auf Repräsentativität

Folgerichtig wurde die Prüfung auf Repräsentativität hinsichtlich der Verweildauer nicht parametrisch – d.h. ohne Verteilungsannahme – mit dem Mann-Whitney-Test durchgeführt. Dieser Test vergleicht die zentrale Tendenz zweier unabhängiger Stichproben. Beim Mann-Whitney-Test werden nicht die Ausprägungen der Daten selbst, sondern deren Ränge verwendet. Von Repräsentativität kann ausgegangen werden, wenn keine signifikante Differenz festgestellt werden kann.

Im Ergebnis fanden sich repräsentative Verweildauerverteilungen bei 446 DRGs (52% bezogen auf 855 DRGs). Die folgende Abbildung 15 zeigt je MDC den Anteil der DRGs, für die kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der zentralen Tendenz in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG festgestellt werden konnte.

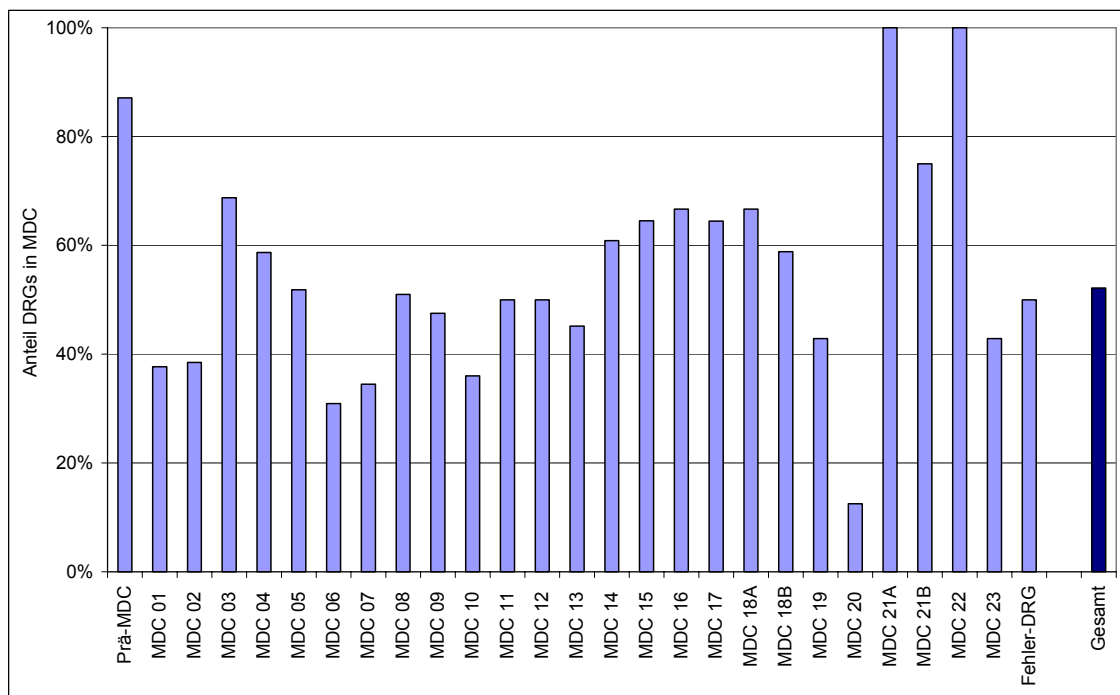


Abbildung 15: Anteil der bezüglich des Mann-Whitney-Tests nicht signifikanten DRGs je MDC hinsichtlich Verweildauerverteilung, Inlier, Daten des Jahres 2004

Wichtig im Kontext der obigen Signifikanzprüfung ist die Tatsache, dass bei hohen Fallzahlen schon geringe Abweichungen ausschlaggebend dafür sein können, dass signifikante Unterschiede auftreten. Die so genannte Teststärke (die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich vorhandene Unterschiede durch einen statistischen Test aufdecken zu können) steigt u.a. mit wachsendem Stichprobenumfang.

Analyse der Differenz der Verweildauer-Mittelwerte

Die Differenz der Verweildauer-Mittelwerte fällt für die meisten DRGs nur sehr gering aus: Für 584 der 855 analysierten DRGs (68%) ist diese geringer als +/-0,5 Tage, 817 DRGs (96%) unterscheiden sich um höchstens +/-1 Tag und für 840 DRGs (98%) beträgt diese gerundet höchstens +/-2 Tage.

Die folgende Abbildung 14 verdeutlicht, dass für deutlich mehr als die Hälfte (61%) der mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant unterschiedlich eingestuftem DRGs der Unterschied zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG gerundet 0 Tage beträgt.

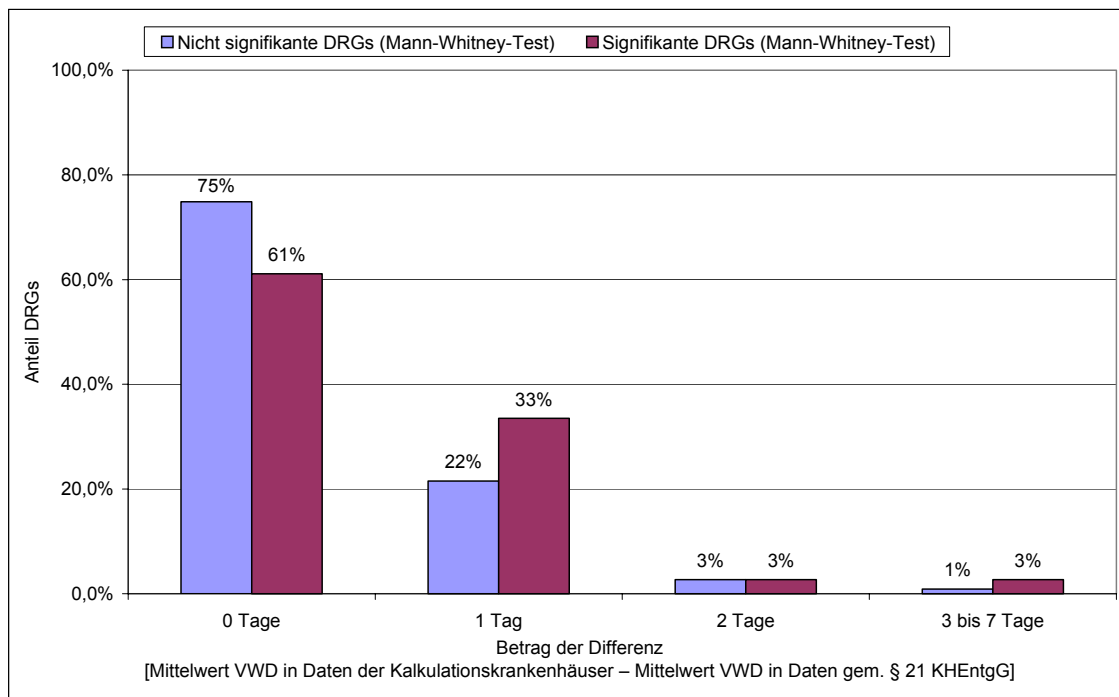


Abbildung 16: Häufigkeitsverteilung der gerundeten absoluten Differenzen der Mittelwerte der Verweildauern (Daten der Kalkulationskrankenhäuser – DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG) für nicht signifikante und signifikante DRGs (bezüglich Mann-Whitney-Test), Inlier, Daten des Jahres 2004

Trotz einer Repräsentativitätsquote von 52% (siehe Abschnitt Prüfung auf Repräsentativität) kann im Hinblick auf die praktische Relevanz der Signifikanzprüfung festgehalten werden, dass von den mit dem Mann-Whitney-Test als signifikant unterschiedlich eingestuftem DRGs in 95% (61%+33%) der DRGs die gerundete Differenz der Mittelwerte der Verweildauern zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG höchstens +/-1 Tag beträgt.

Am Beispiel der 25 analysierten DRGs der MDC 10 *Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* wird im Folgenden der Zusammenhang des Resultats der Repräsentativitätsprüfung mit den tatsächlichen Differenzen der Verweildauer-Mittelwerte exemplarisch erläutert.

In Abbildung 17 stellen die Balken die Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und derjenigen in den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG dar (linke Skala). Die DRGs sind nach einem Index sortiert, der die relative Abweichung zwischen den Verweildauer-Mittelwerten wiedergibt (rech-

te Skala). Eine Referenzlinie für den Indexwert 100 erleichtert den Vergleich. Mit einem Kreis in der Indexlinie markiert sind diejenigen DRGs, für die der Mann-Whitney-Test keine Signifikanz aufzeigte, d.h. die im Sinne der Signifikanzprüfung als repräsentativ einzustufen sind.

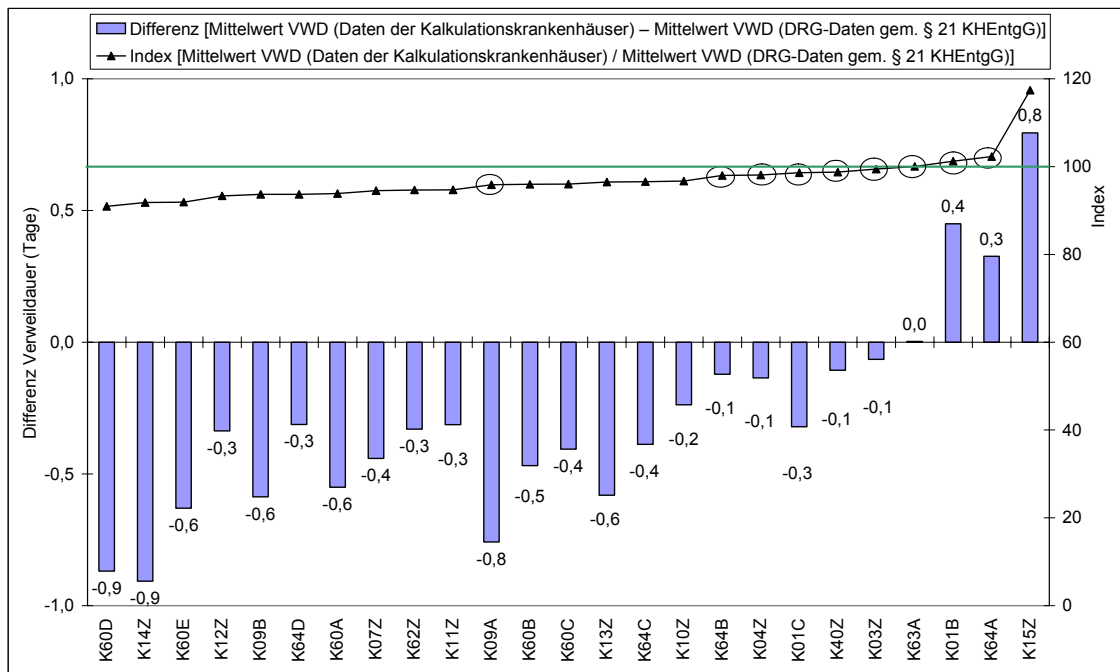


Abbildung 17: Differenzen der Mittelwerte der Verweildauern für DRGs der MDC 10, sortiert nach Index, Inlier, Daten des Jahres 2004

Die Differenzen schwanken insgesamt zwischen -0,9 und +0,8 Tagen. Gerundet ergibt sich für acht DRGs eine Differenz von +/-1 Tag, für die übrigen 17 DRGs ist diese kleiner als +/-0,5 Tage, d.h. gerundet 0 Tage.

Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer

Ein weiterer Vergleich der Verweildauerverteilungen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG kann durch die Analyse des Streuverhaltens der Verweildauer erzielt werden. Dazu kann der Homogenitätskoeffizient der Verweildauer (HK_{VWD}) verwendet werden.

Teilt man die DRGs auf Basis der Inlier bezüglich des HK_{VWD} in Klassen ein, so ergibt sich die in Abbildung 18 dargestellte empirische Häufigkeitsverteilung der Homogenitätsklassen. Die Häufigkeitsverteilungen der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG sind nahezu identisch.

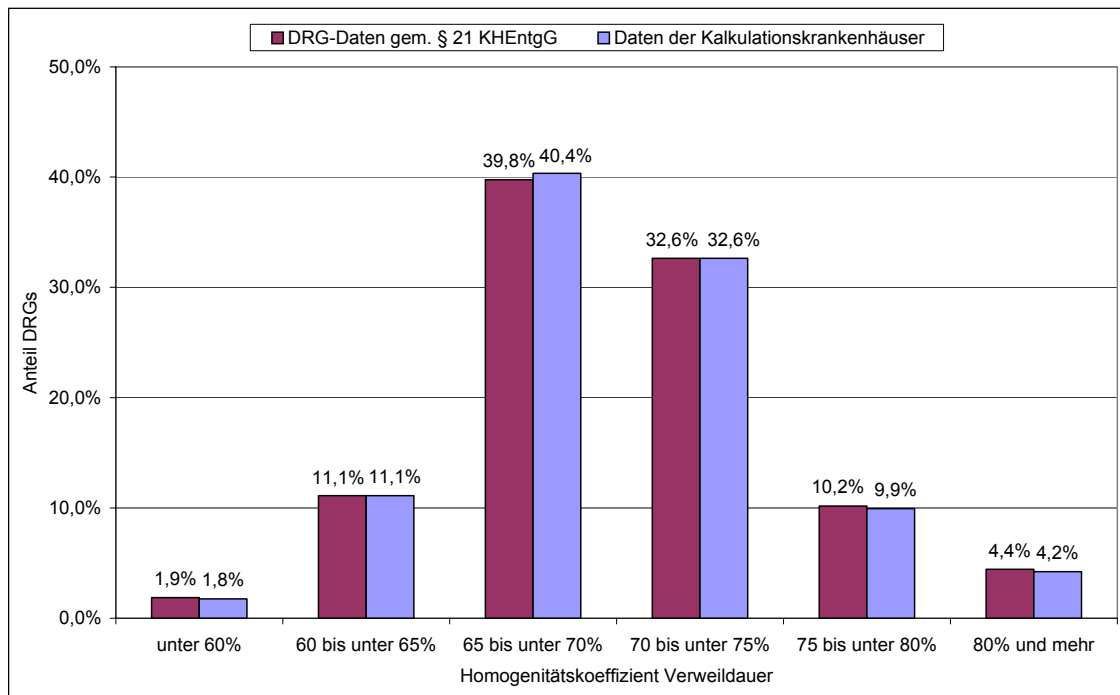


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung der Verweildauer-Homogenitätskoeffizientenklassen in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, Inlier, Daten des Jahres 2004

Die Relation der Verweildauer-Homogenitätskoeffizienten kann mit einem Index beschrieben werden. Die folgende Abbildung 19 stellt diesen Index in sortierter Form für die 855 analysierten DRGs dar.

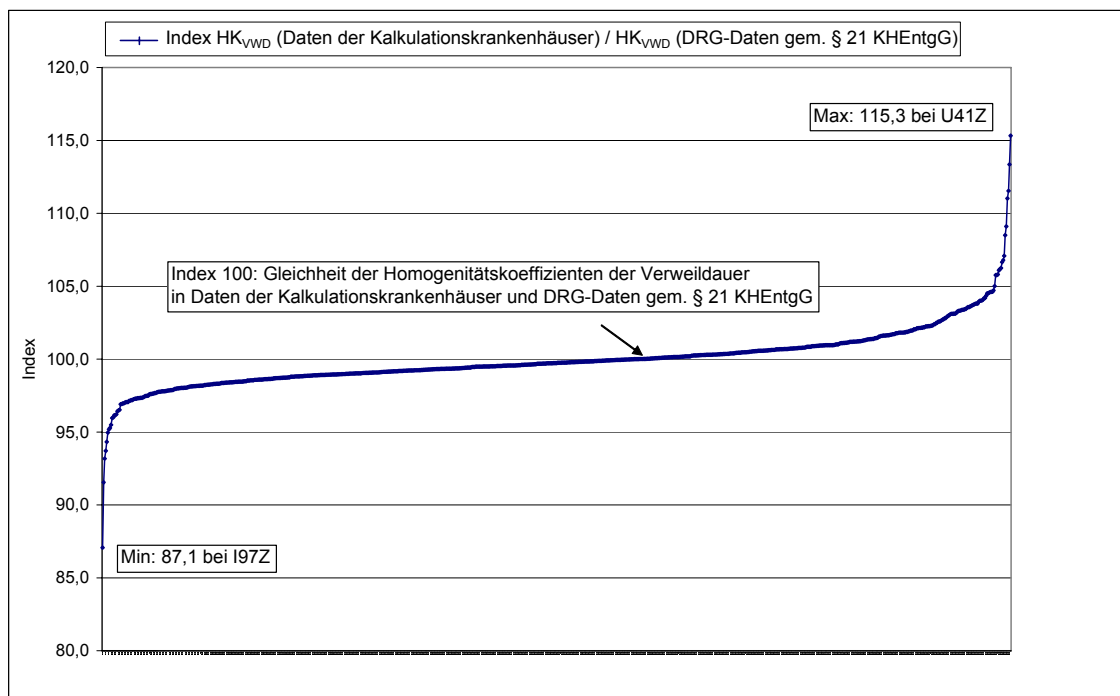


Abbildung 19: Index $HK_{VWD}(\text{Daten der Kalkulationskrankenhäuser}) / HK_{VWD}(\text{DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG})$, sortiert, Inlier, Daten des Jahres 2004

Insgesamt zeigt sich eine sehr gute Übereinstimmung. Für 835 von 855 DRGs (98%) liegt der Index zwischen 95 und 105 (d.h. die relative Abweichung zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG beträgt höchstens +/-5%). Man kann also im Hinblick auf die in den Abbildungen 18 und 19 dargestellten Resultate von einer hohen Übereinstimmung der Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern sprechen.

Fazit

1. Die empirischen Verweildauerverteilungen folgen erwartungsgemäß nur in geringem Umfang einer Normal- bzw. einer Lognormalverteilung.
2. Die Analyse der Verweildauer, die hilfsweise als Parameter für die Repräsentativitätsprüfung der Kostenhomogenität herangezogen wurde, ergab für den überwiegenden Teil der analysierten 855 DRGs eine sehr geringe Differenz zwischen den Mittelwerten der Verweildauern in den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG.
3. Die Analyse des Homogenitätskoeffizienten der Verweildauer, welcher stärker auf die Streuung und damit auf die Homogenität der Verteilungen fokussiert, zeigt keine bedeutungsvolle Auffälligkeit zwischen den Daten der Kalkulationskrankenhäuser und den DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG.
4. Die Homogenitätskoeffizienten der Verweildauern der Daten der Kalkulationskrankenhäuser und der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG, verbunden mit der Betrachtung der Abweichung des Verweildauer-Mittelwerts in den beiden Datengruppen, zeigen, dass
 - a) die Plausibilitätsprüfungen keine so genannte „Pseudo-Homogenität“ in den der Weiterentwicklung der G-DRG-Klassifikation zugrunde liegenden Daten erzeugt haben und
 - b) die für die Bewertung der Weiterentwicklung des G-DRG-Klassifikation zugrunde gelegten Streuungsmaße mindestens zulässige Entscheidungsgrundlage für die Abbildung der DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG sein konnten.

Das auf Basis der Daten der Kalkulationskrankenhäuser weiterentwickelte G-DRG-System Version 2006 bildet somit die DRG-Daten gem. § 21 KHEntgG im Hinblick auf die Kosten- und Verweildauerhomogenität gut ab.

4 Perspektiven der Weiterentwicklung

Das G-DRG-System wird seit 2004 flächendeckend im Abrechnungsverkehr zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen aktiv eingesetzt. Alle Beteiligten sammeln Erfahrungen mit dem G-DRG-System und gewinnen daraus Erkenntnisse, die konstruktiv für die Pflege und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems beispielsweise im Rahmen des Vorschlagsverfahrens genutzt werden können. Bereits aus der Weiterentwicklung für den Fallpauschalen-Katalog 2006 ergeben sich Anhaltspunkte für die zukünftige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems, die besondere Aufmerksamkeit verdienen und im Folgenden kurz angesprochen werden.

Vergütung teilstationärer Leistungen

Der Fallpauschalen-Katalog für 2006 enthält lediglich zwei Entgelte für teilstationäre Leistungen. Ansätze zur Weiterentwicklung bedingen zunächst einen Konsens über die Definition teilstationärer Behandlungsfälle. Des Weiteren müssen die Datengrundlagen durch eine präzise Vorgabe für alle Krankenhäuser bei der Datenübermittlungspflicht gemäß § 21 KHEntgG vereinheitlicht werden. Dabei muss eine nachträgliche Aufteilung von Abrechnungsdatensätzen zur Erfüllung der Datenübermittlungsverpflichtung allerdings vermieden werden. Die Kalkulationsvorgaben für teilstationäre Leistungen sollten noch stringenter formuliert werden, damit Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen zur Stützung der Datenqualität geeignet eingesetzt werden können.

Bewertungsrelationen bei belegärztlicher Versorgung

Bei der Kalkulation des Katalogs 2006 stand rund ein Drittel mehr Datensätze im Vergleich zum Vorjahr als Kalkulationsgrundlage zur Verfügung. Aufgrund verbesserter Plausibilitätsprüfungen konnten 54 DRGs für die belegärztliche Versorgung eigenständig kalkuliert werden. Diese Richtung soll intensiv weiter verfolgt werden, beispielsweise auch durch verstärkte Ausrichtung der Plausibilitätsprüfungen auf inhaltliche Konformität der Datensätze.

Datenerhebung/Plausibilitätsprüfungen

Die Kalkulationskrankenhäuser haben die Vorgaben des Kalkulationshandbuches nicht zuletzt wegen der mit der Datenqualität verbundenen pauschalierten Vergütung der Kalkulationsteilnahme noch besser umgesetzt als in den Vorjahren. Die Plausibilitätsprüfungen halten mit der Entwicklung der Kalkulationsvorgaben Schritt und werden jährlich den erhöhten Kalkulationsanforderungen angepasst. Dadurch wird gleichzeitig erkennbar, dass in den Kalkulationskrankenhäusern noch weitere Anstrengungen zur weiteren Verbesserung der Datenqualität möglich sind. Dies betrifft sowohl die Einhaltung der Deutschen Kodierrichtlinien als auch die handbuchkonforme Umsetzung der Fallkostenkalkulation. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die inhaltliche Stimmigkeit der Kalkulationsdatensätze gelegt, um die Datenqualität weiter zu erhöhen. Entsprechend werden die Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen kontinuierlich ausgebaut.

Kalkulationsmethodik

Die Einzelkostenzurechnung besonders teurer Sachmittel wird auf Basis strafferer Kalkulationsvorgaben weiter verbessert. Dies geschieht u.a. dadurch, dass Anlage 10 zum Kalkulationshandbuch strikte Vorgaben für die verbindliche Einzelkostenzuordnung macht. Darüber hinaus werden die „Klinischen Verteilungsmodelle“ (KVM) in der nächsten Kalkulationsrunde noch strengeren Prüfkriterien unterzogen, um bei fehlen-

der Einzelkostenerfassung eine verursachungsgerechte Kostenverteilung zu gewährleisten. Die Fallkostenanteile für die Infrastrukturkosten variieren innerhalb der Kalkulationsstichprobe. Die teilweise erheblichen Schwankungen der Fallkostenanteile für die Infrastrukturkosten lassen sich nicht immer plausibel aufklären. Die Kostenverteilung der medizinischen und insbesondere der nicht medizinischen Infrastruktur steht daher im Fokus der Weiterentwicklung der Kalkulationsmethodik mit dem Ziel, verbindliche Schlüsselungen für die größten Kostenblöcke vorzugeben.

Schließen der Innovationslücke (OPS-Katalog – Kalkulationslücke)

Bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005 konnte erstmals die so genannte „Innovationslücke“ erheblich verkleinert werden, da die Kalkulation des Jahres 2004 zum Teil bereits auf der Leistungsdifferenzierung des OPS-301 Version 2004 bzw. auch im OPS-301 Version 2004 noch nicht vorhandener Codes aufbaute. Auch in der Kalkulation 2005 wurde auf das bewährte Verfahren der ergänzenden Datenerfassung zurückgegriffen und Leistungsdifferenzierungen aus dem ICD-10-GM 2005 und OPS Version 2005 abgefragt, die in den Daten aus 2004 noch nicht zur Verfügung standen. Regulär hätten diese Informationen erst bei der Kalkulation des Jahres 2006 – oder nach Einführung neuer Codes für 2006 – erst im Jahr 2007 berücksichtigt werden können.

Die ergänzende Datenabfrage hat sich auch in diesem Jahr als effektives Instrument dafür erwiesen, die Zeitspanne von der Identifizierung eines neuen Verfahrens über die Einführung eines entsprechenden OPS-Kodes bis hin zur Berücksichtigung in der Kalkulation deutlich zu verkürzen. Damit steht für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein Verfahren zur Verfügung, das zeitnah eine aufwandsgerechtere Vergütung innovativer Verfahren ermöglicht. Hiervon können insbesondere die Häuser der Maximalversorgung profitieren. Unverändert besteht der Auftrag, die im Rahmen des NUB-Verfahrens dargelegte Argumentation auf Basis der tatsächlichen Kalkulationsdaten zu substantiieren.

Anhang

Tabelle A-1:

DRG-Fallgruppen, bei denen die verlegten Fälle bei der Kalkulation der Bewertungsrelation berücksichtigt wurden (siehe Kap. 2.2)

DRG	DRG-Text
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung >59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung >179 Stunden
A03B	Lungentransplantation mit Beatmung >47 und <180 Stunden
A03C	Lungentransplantation ohne Beatmung >47 Stunden
A04D	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, außer bei Plasmozytom, HLA-identisch
A05A	Herztransplantation mit Beatmung >179 Stunden
A06A	Beatmung >1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung >3.680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung >1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3.680 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit int. Komp.beh. >3.680 Punkte oder Alter <16 Jahre
A07B	Beatmung >999 und <1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3.680 Aufwandspunkte, mit Polytrauma oder komplizierenden Prozeduren
A07C	Beatmung >999 und <1.800 Stunden ohne Polytrauma, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3.680 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit int. Komp.beh. >2.208 Punkte
A07D	Beatmung >999 und <1.800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >2.208 Aufwandspunkte
A09C	Beatmung >499 und <1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit komplizierenden Prozeduren
A09D	Beatmung >499 und <1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne komplizierende Prozeduren
A11D	Beatmung >249 und <500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren
A11E	Beatmung >249 und <500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren

DRG	DRG-Text
A13B	Beatmung >95 und <250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.104 Aufwandspunkte
A13C	Beatmung >95 und <250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.104 Aufwandspunkte
A13D	Beatmung >95 und <250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierenden Prozeduren oder Alter <16 Jahre
A13E	Beatmung >95 und <250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter >15 Jahre
A15C	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, Alter >17 Jahre, ohne In-vitro-Aufbereitung
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates
A18Z	Beatmung >999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber- oder Nieren-Pankreas-Transplantation
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden, ohne Strahlentherapie mehr als 8 Bestrahlungen, Alter <6 Jahre oder Alter <18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder bei Para-/Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC
B83A	Apoplexie mit Beatmung >499 Stunden
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung >24 Stunden

DRG	DRG-Text
E62A	Komplexe Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierenden Prozeduren oder mit komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter <10 Jahre
F01B	Neuimplantation Kardioverter/Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff
F09Z	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder Alter <3 Jahre
F35B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Prozeduren, Alter >9 Jahre, ohne äußerst schwere CC
F97Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.104 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit bestimmter OR-Prozedur
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei Erkrankungen der Haut, Unterhaut und Mamma
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit komplexer Diagnose, mit zusätzlichem Eingriff an Kopf und Hals oder äußerst schweren CC, mit komplexer Prozedur
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter <18 Jahre
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter <10 Jahre
L72A	Thrombotische Mikroangiopathie
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit intrauteriner Therapie des Feten
P01Z	Neugeborenes, verstorben <5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1.500–1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung >120 Stunden

DRG	DRG-Text
P05A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 2.000–2.499 g, mit mehreren schweren Problemen, Beatmung >120 Stunden
P06A	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht >2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Be­atmung >120 Stunden
P60B	Neugeborenes, verlegt <5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt
P60C	Neugeborenes, verlegt <5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt
P61E	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht <750 g, verstorben <29 Tage nach Auf­nahme
P62E	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 750–999 g, verstorben <29 Tage nach Aufnahme
P65D	Neugeborenes, Aufnahmege­wicht 1500–1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, ohne Problem
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter <6 Jahre
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter <10 Jahre
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schwe­ren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologi­schen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Dialyse
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äu­ßerst schweren CC
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemothe­rapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplan­ta­tion, mit äußerst schweren CC
R63E	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sep­sis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schwe­ren CC
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
T61A	Postoperative und posttraumatische Infektionen mit komplizierenden Pro­zeduren oder komplizierender Diagnose

DRG	DRG-Text
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung >263 Stunden
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule mit komplizierenden Prozeduren oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierenden Prozeduren oder Strahlentherapie
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Prozeduren, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, mit anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht

Tabelle A-2:

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

DRG	DRG-Text
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung >179 Stunden
A01B	Lebertransplantation mit Beatmung >59 und <180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung
A01C	Lebertransplantation ohne Beatmung >59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung
A02A	Transplantation von Niere und Pankreas mit Transplantatabstoßung
A02B	Transplantation von Niere und Pankreas ohne Transplantatabstoßung
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung >179 Stunden
A03B	Lungentransplantation mit Beatmung >47 und <180 Stunden
A03C	Lungentransplantation ohne Beatmung >47 Stunden
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit In-vitro-Aufbereitung, HLA-verschieden
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit In-vitro-Aufbereitung, HLA-identisch
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, außer bei Plasmozytom, HLA-identisch
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, ohne In-vitro-Aufbereitung, bei Plasmozytom
A05A	Herztransplantation mit Beatmung >179 Stunden
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung >179 Stunden
A06A	Beatmung >1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung >3.680 Aufwandspunkte
A06B	Beatmung >1.799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3.680 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit int. Komp.beh. >3.680 Punkte oder Alter <16 Jahre
A06C	Beatmung >1.799 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3.680 Aufwandspunkte, Alter >15 Jahre
A07A	Beatmung >999 und <1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung >3.680 Aufwandspunkte

DRG	DRG-Text
A07B	Beatmung >999 und <1.800 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3.680 Aufwandspunkte, mit Polytrauma oder komplizierenden Prozeduren
A07C	Beatmung >999 und <1.800 Stunden ohne Polytrauma, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >3.680 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit int. Komp.beh. >2.208 Punkte
A07D	Beatmung >999 und <1.800 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >2.208 Aufwandspunkte
A09A	Beatmung >499 und <1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter <16 Jahre
A09B	Beatmung >499 und <1.000 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, Alter >15 Jahre
A09C	Beatmung >499 und <1.000 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit komplizierenden Prozeduren
A11A	Beatmung >249 und <500 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.656 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, mit int. Komplexbeh. >1.656 Punkte
A11B	Beatmung >249 und <500 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.656 Aufwandspunkte
A11C	Beatmung >249 und <500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.656 Aufwandspunkte
A13A	Beatmung >95 und <250 Stunden mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung >1.104 Punkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, mit int. Komplexbeh. >1.104 Punkte
A13B	Beatmung >95 und <250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.104 Aufwandspunkte
A13C	Beatmung >95 und <250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und komplizierenden Prozeduren, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.104 Aufwandspunkte
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, Alter <18 Jahre, mit In-vitro-Aufbereitung
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, Alter <18 Jahre oder mit In-vitro-Aufbereitung
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, Alter >17 Jahre, ohne In-vitro-Aufbereitung

DRG	DRG-Text
A15D	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, bei Neubildung unsicheren Verhaltens, Lymphom oder bösartiger Neubildung von Hoden und Ovar
A15E	Knochenmarktransplantation/Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates
A18Z	Beatmung >999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden, mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden, ohne Strahlentherapie mehr als 8 Bestrahlungen, Alter <6 Jahre oder Alter <18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden, mit Strahlentherapie, weniger als 9 Bestrahlungen
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden, ohne Strahlentherapie, Alter >17 Jahre, mit großem intrakraniellen Eingriff
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung >95 Stunden, ohne Strahlentherapie, Alter >17 Jahre, ohne großen intrakraniellen Eingriff
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para-/Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schweren CC
B14Z	Mäßig komplexe Kraniotomie
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen

DRG	DRG-Text
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen
B20Z	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung und Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE)
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE)
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff
D08Z	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC
D18Z	Strahlentherapie mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen
D20A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter >70 Jahre oder mit äußerst schweren CC
D20B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, Alter <71 Jahre, ohne äußerst schwere CC
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC
E60Z	Zystische Fibrose (Mukoviszidose)
F03Z	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren
F04Z	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Dreifacheingriff oder Alter <1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie

DRG	DRG-Text
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff
F06Z	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, mit komplizierenden Prozeduren oder Karotiseingriff
F07Z	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter <1 Jahr oder mit komplizierenden Prozeduren oder komplexer Operation
F11A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit Reoperation oder invasiver Diagnostik
F11B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler oder mit Reoperation oder invasiver Diagnostik
F16Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff, mit Reoperation oder Infarkt
F22Z	Anderer Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine
F23Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff, ohne Reoperation, ohne Infarkt
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler
F31Z	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter >0 Jahre, ohne komplizierende Prozeduren, ohne komplexe Operation
F32Z	Koronare Bypass-Operation ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne komplizierende Prozeduren, ohne Karotiseingriff
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G29B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
H01Z	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter >17 Jahre mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para-/Tetraplegie
K03Z	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an der Hypophyse
K15Z	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter <19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder außer bei Neubildung, mit äußerst schweren CC
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag
L72B	Hämolytisch-urämisches Syndrom
M10Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen
N16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O01B	Sectio caesarea ohne mehrere komplizierende Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
P01Z	Neugeborenes, verstorben <5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen mit Beatmung >143 Stunden
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung >143 Stunden

DRG	DRG-Text
P03A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.000–1.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung >479 Stunden
P03B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.000–1.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung >120 und <480 Stunden
P03C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.000–1.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung >120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme
P04A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.500–1.999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung >120 Stunden
P04B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.500–1.999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung >120 Stunden
P04C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.500–1.999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P05A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2.000–2.499 g, mit mehreren schweren Problemen, Beatmung >120 Stunden
P05B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2.000–2.499 g, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung >120 Stunden
P05C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2.000–2.499 g, ohne mehrere schwere Probleme
P06A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht >2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung >120 Stunden
P06B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht >2.499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung >120 Stunden
P06C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht >2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung >95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
P60A	Neugeborenes, verstorben <5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur
P60B	Neugeborenes, verlegt <5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt
P60C	Neugeborenes, verlegt <5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt
P61A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht <600 g mit signifikanter OR-Prozedur
P61B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht <600 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 600–749 g mit signifikanter OR-Prozedur

DRG	DRG-Text
P61D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 600–749 g ohne signifikante OR-Prozedur
P61E	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht <750 g, verstorben <29 Tage nach Aufnahme
P62A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750–874 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750–874 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62C	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 875–999 g mit signifikanter OR-Prozedur
P62D	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur
P62E	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 750–999 g, verstorben <29 Tage nach Aufnahme
P63Z	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.000–1.249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden
P64Z	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.250–1.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden
P65A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.500–1.999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P65B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 1.500–1.999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, mit schwerem Problem
P66A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2.000–2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P66B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht 2.000–2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, mit schwerem Problem
P67A	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht >2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen
P67B	Neugeborenes, Aufnahme­gewicht >2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, mit schwerem Problem
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter <19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter >18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter <19 Jahre oder mit äußerst schweren CC
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter >18 Jahre, ohne äußerst schwere CC
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC
R14Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit mäßig komplexer Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, Dialyse oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Text
R60E	Akute myeloische Leukämie mit Dialyse oder mit äußerst schweren CC
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Dialyse
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder mit Osteolysen
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
R63C	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC
R63E	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit komplizierender Diagnose oder Portimplantation
R63G	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder ohne Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Portimplantation
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC
S64Z	Andere HIV-Krankheit
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, chronisch ischämische Herzkrankheit oder äußerst schwere CC
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur oder bei Zustand nach Organtransplantation
T60B	Sepsis mit komplizierenden Prozeduren oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter <16 Jahre oder ohne komplizierende Prozeduren, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC, Alter <16 Jahre
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung >263 Stunden
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung >263 Stunden
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers

Tabelle A-3:
DRGs mit eigenständig berechneten Bewertungsrelationen für belegärztliche Versorgung (Kap. 3.3.1.1)

DRG	DRG-Text
C08Z	Extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
C17Z	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter >15 Jahre
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik
D30A	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, mit aufwändigem Eingriff
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung
D61A	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus
D62Z	Epistaxis
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
G24Z	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter >0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter >0 Jahre und <56 Jahre oder Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter >55 Jahre
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter >15 Jahre
I20C	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff und ohne schweren Weichteilschaden

DRG	DRG-Text
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Entfernung von Osteosynthesematerial
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk
I48Z	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter >55 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter <56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC
J13Z	Kleine Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
L17Z	Andere Eingriffe an der Urethra
L20Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL)
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter >2 Jahre
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter <76 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC
L66Z	Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Beschwerden und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC
M02Z	Transurethrale Prostataresektion
M04B	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Text
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter >10 Jahre, ohne äußerst schwere CC
M62Z	Infektion/Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N09Z	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne äußerst schwere CC
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation
N14Z	Hysterektomie mit Beckenbodenplastik außer bei bösartiger Neubildung oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie
O01C	Sectio caesarea ohne mehrere komplizierende Diagnosen, Schwangerschaftsdauer >33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen oder ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O01D	Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O01E	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O62Z	Drohender Abort
O64A	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag

DRG	DRG-Text
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne intrauterine Therapie des Feten, ohne äußerst schwere oder schwere CC
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht >2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht >2.499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung >95 Stunden, ohne anderes Problem oder ohne schweres Problem, ein Belegungstag

Tabelle A-4:
Gegenüberstellung der DRGs je MDC (Kap. 3.4.1.1)

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2005	Anzahl DRGs 2006	Veränderung (in %)
Prä	Prä-MDC	54	57	+ 6
01	Krankheiten und Störungen des Nervensystems	71	78	+ 10
02	Krankheiten und Störungen des Auges	24	26	+ 8
03	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses	41	50	+ 22
04	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	49	50	+ 2
05	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	102	112	+ 10
06	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	59	60	+ 2
07	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	33	29	- 12
08	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	88	108	+ 23
09	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma	41	42	+ 2
10	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	27	29	+ 7
11	Krankheiten und Störungen der Harnorgane	41	46	+ 12
12	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane	20	18	- 10
13	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane	31	31	0
14	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	18	24	+ 33
15	Neugeborene	38	42	+ 11
16	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems	9	12	+ 33
17	Hämatologische und solide Neubildungen	41	46	+ 12

MDC	Bezeichnung	Anzahl DRGs 2005	Anzahl DRGs 2006	Veränderung (in %)
18A	HIV	6	7	+ 17
18B	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	15	17	+ 13
19	Psychische Krankheiten und Störungen	10	10	0
20	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen	8	9	+ 13
21A	Polytrauma	10	12	+ 20
21B	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten	14	13	- 7
22	Verbrennungen	8	7	- 13
23	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	11	10	- 9
Fehler-DRGs	Fehler-DRGs und sonstige DRGs	9	9	0
Gesamt		878	954	+ 9