

„G-DRGs 2006“ Klassifikation und Bewertung

DGMC e.V.
Herbstsymposium 2005

Heidelberg, den 14. Oktober 2005
Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer InEK gGmbH

Agenda

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

Kalkulationsbasis

Krankenhäuser

➤ Krankenhäuser mit Kalkulationsvertrag	221
➤ Krankenhäuser mit Datenlieferung	214
davon Kalkulationshaus in 2004	133
davon „Neueinsteiger“	81
➤ Kalkulationshäuser aus 2004 ohne neue Vereinbarung	13
➤ Universitätsklinika	9
➤ „Aussteiger“	14

Kalkulationsbasis

Falldaten

Fallzahl (Kosten- und Leistungsdaten)		
	Rohdaten (Maximum)	Nach Abschluss Plausibilisierungen
Gesamt	3.531.760	2.851.819
Hauptabteilung	3.115.925	2.570.430
Belegabteilung	47.827	31.811
Teilstationär	368.008	249.578

G-DRG-System 2006

➤ DRGs	956 (+78)
davon im FP-Katalog	913 (+68)
davon nicht bewertet (Anlage 3)	39 (+ 6)
davon rein teilstationäre DRGs	2 (+ 1)
➤ Ein-Belegungstag-DRGs	
Explizit	17 (- 2)
Implizit	241 (+25)

Zusatzentgelte

- Zusatzentgelte mit Bewertung (Anlage 2) 40 (+5)
- Zusatzentgelte ohne Bewertung (Anlage 4) 42 (+6)

Vorschlagsverfahren

- 124 (-59) Vorschläge von Fachgesellschaften und Verbänden
- 104 (+30) Vorschläge anderer Einsender
- 1.070 „plus“ (+147) rechenbare Vorschläge
 - Etwa 15% davon umgesetzt oder „Problematik im Sinne des Vorschlags gelöst“

Verweildauer-Analyse

V2005 (§21-Daten 2003) vs. V2005 (§21-Daten 2004)

Mittelwert Verweildauer

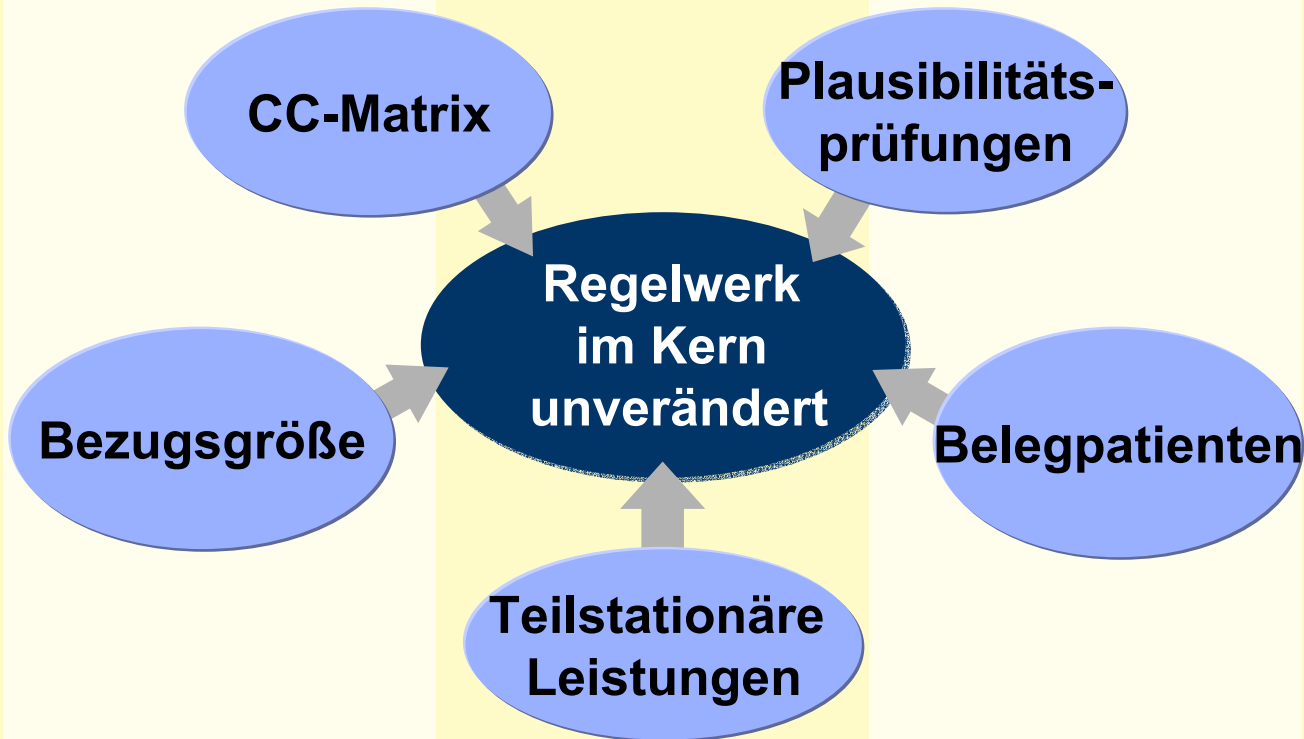
§21-Daten 2003: **8,04** Tage

§21-Daten 2004: **7,75** Tage

(Datenbasis: Fälle in Hauptabteilung, med. plausibilisiert,
ohne nicht bewertete DRGs und expl. Ein-Belegungstag-DRGs)

Weiterentwicklungen

Übersicht



Bezugsgröße

Bisher

- Bestimmung der Bezugsgröße:
Mittleres Relativgewicht der Inlier in §21-Daten 1,0
- Normierung führt bei Katalogüberarbeitung
zu Liquiditätseffekten

Bezugsgröße

Neu

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

Bezugsgröße

Datenbasis

- §21-Daten
- Keine Berücksichtigung von
 - Teilstationären Leistungen
 - Behandlungsfällen, die entweder im Katalog 2005 oder im Katalog 2006 nach Anlage 3 vergütet werden
 - Behandlungsfälle mit noch nicht identifizierbaren Attributen

Bezugsgröße

Datenbasis

- Soweit möglich Berücksichtigung von
 - Differenz Vollkostenbereinigung
Zusatzentgelt-Kalkulation 2005 vs. 2006
 - Katalogumbau Schlaganfall-Behandlung
Postulat: Verbesserte Verteilung gleicher Erlössumme
 - Einführung Intensivscores (bessere Sortierung
besonders teurer Fälle; fehlende Informationen in
§21-Daten) – keine Berücksichtigung
 - Hierfür Gesamtsumme Relativgewichte: 32.953

DRG	Kalkulationsdaten		Relativgewicht	
	Fallzahl Inlier	Mittlere Kosten Inlier	Mittlere Kosten Inlier/ Bezugsgröße	
Gruppierung nach V2005,		Bezugsgröße: 2.750 €		
A	70	2.000 €	2.000 € / 2.750 € =	0,727
B	100	2.500 €	2.500 € / 2.750 € =	0,909
C	50	4.000 €	4.000 € / 2.750 € =	1,455
Gruppierung nach V2006,		Bezugsgröße: 2.750 €		
A	75	2.100 €	2.100 € / 2.750 € =	0,764
B	95	2.400 €	2.400 € / 2.750 € =	0,873
C	50	4.000 €	4.000 € / 2.750 € =	1,455
DRG	Relativgewicht		DRG-Daten	
			gem. § 21 KHEntgG Fallzahl gesamt	Nationaler Case-Mix Summe eff. RG
Gruppierung nach V2005				
A	0,727		60.000	43.636
B	0,909		90.000	81.818
C	1,455		50.000	72.727
			200.000	198.182
Gruppierung nach V2006				
A	0,764		62.000	47.345
B	0,873		88.000	76.800
C	1,455		50.000	72.727
			200.000	196.873



Faktor: 1,00665

Justierung der Bezugsgröße

Justierungsfaktor:

$$\text{Case-Mix V2005} / \text{Case-Mix V2006} = 198.182 / 196.873 = 1,00665$$

Justierung:

$$2.750 \text{ €} / 1,00665 = \underline{\underline{2.731,83 \text{ €}}}$$

DRG	Kalkulationsdaten		Relativgewicht	
	Fallzahl Inlier	Mittlere Kosten Inlier	Mittlere Kosten Inlier/ Bezugsgröße	
Gruppierung nach V2005,		Bezugsgröße: 2.750 €		
A	70	2.000 €	$2.000 \text{ €} / 2.750 \text{ €} =$	0,727
B	100	2.500 €	$2.500 \text{ €} / 2.750 \text{ €} =$	0,909
C	50	4.000 €	$4.000 \text{ €} / 2.750 \text{ €} =$	1,455
Gruppierung nach V2006,		Bezugsgröße: 2.731,83 €		
A	75	2.100 €	$1.900 \text{ €} / 2.731,83 \text{ €} =$	0,769
B	95	2.400 €	$2.450 \text{ €} / 2.731,83 \text{ €} =$	0,879
C	50	4.000 €	$4.020 \text{ €} / 2.731,83 \text{ €} =$	1,464
DRG	Relativgewicht		DRG-Daten	
			gem. § 21 KHEntgG Fallzahl gesamt	Nationaler Case-Mix Summe eff. RG
Gruppierung nach V2005				
A	0,727		60.000	43.636
B	0,909		90.000	81.818
C	1,455		50.000	72.727
			200.000	198.182
Gruppierung nach V2006				
A	0,769		62.000	47.660
B	0,879		88.000	77.311
C	1,464		50.000	73.211
			200.000	198.182



Gleichheit



Bezugsgröße

- Die Bezugsgröße für 2005 betrug 2.974,89 €
Casemix V2005: 15.476.804
 - Die Bezugsgröße für 2006 beträgt **2.836,00 €**
Casemix V2006: 15.443.851
- Delta Casemix: -32.953

CC-Matrix

Ergebnis für 2006

- Bisher keine wesentliche Änderungen im Vergleich zum australischen System
- Bereinigung von eklatanten „Unstimmigkeiten“
- Aufnahme von 183 Kodes in die CC-Matrix
- Streichung von 8 Kodes aus der CC-Matrix
- Diesjähriger Umbau ist kein Komplettumbau

CC-Matrix

Beispiel

- Aufnahme von spezifischen Diagnoseschlüsseln in die CC-Matrix, da unspezifische Codes bereits Bestandteil der Matrix waren
- Aufnahme des ICD-Kodes S72.4 „Distale Fraktur des Femurs“
- Begründung: ICD-Kode S72.8 „Frakturen sonstiger Teile des Femurs“ bereits in der CCL-Matrix

Klassifikatorische Überarbeitung

Übersicht



Unfallchirurgie

Ausgangssituation / Problemstellung

- Schwere Mehrfachverletzungen in Polytrauma-MDC
- Andere Verletzungen in MDC08
- Ob eine oder mehrere Verletzungen operativ behandelt werden bisher selten gruppierungsrelevant
- Gruppierungsergebnis vor allem vom führenden Eingriff bestimmt

Unfallchirurgie

Ausgangssituation / Problemstellung

- Beidseitige Eingriffe weiterhin nur über Hilfskonstruktionen fassbar (Zusatzkennzeichen rechts/links/beidseits erst ab OPS 2005)
- Polytrauma-Zuordnungslogik weitgehend „australisch“, in Einzelfällen unscharf
- Verbesserte Darstellbarkeit von Schweregraden bei Frakturen durch ICD 2004

Unfallchirurgie

Ausgangssituation / Problemstellung

- Vorschläge des strukturierten Dialogs teilweise mit wenig belastbaren Attributen:
 - DRG für „mehr als vier operative Prozeduren
 - Zusatzentgelte für „zusätzlichen Eingriff“
Beispiele: diagnostische Endoskopie im Vorfeld des Eingriffs, Biopsien, Nachbehandlung Wunde
- → Erlös wäre stark vom Kodierverhalten abhängig

Unfallchirurgie

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Neue Funktion „Eingriff an mehreren Lokalisationen“ als belastbares Splitkriterium
- Logik: Mindestens zwei (nicht banale) Eingriffe an verschiedenen (und nicht unmittelbar benachbarten) Lokalisationen

Eingriffe an mehreren Lokalisationen

	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

Unfallchirurgie

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Viele relevant den Aufwand steigernde Faktoren, viele betroffene DRGs / Lokalisationen
- Triviale Umsetzung: Deutliche Zunahme der Systemkomplexität (30-40 DRGs)
- Umsetzung für G-DRG 2006: Kombination verschiedener Attribute nach dem „Drei Ecken, ein Elfmeter – Prinzip“

Unfallchirurgie

Beispiel eines kombinierten Splits

- DRG I08A
„Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff, mit komplexer Prozedur oder Diagnose und mit äußerst schweren CC“

Unfallchirurgie

Inhalt der DRG I08A, Beispielfälle

- Eingriff bei Fraktur mit schwerem Weichteilschaden oder Infekt und PCCL4
- Mehretagen- oder beidseitiger Eingriff bei infantiler Zerebralparese
- Versorgung bei Mehrfachverletzung, z.B. von Oberschenkel und Hand (noch kein Polytrauma)

Unfallchirurgie

Ergebnis für 2006 - Mehrfacheingriffe

- 7 neue DRGs zur Abbildung hochaufwändiger Fälle im Kapitel Bewegungsorgane (MDC08)
- Volumen der Neuverteilung in diesen DRGs:
Etwa 30.000 effektive Relativgewichte bei über 90.000 Fällen

Intensivmedizin

Ausgangssituation / Problemstellung

- Seit G-DRG 2005 hochdifferenzierte Abbildung langzeitbeatmeter Patienten
- Abbildung nicht-langzeitbeatmeter Patienten für 2005 über Hilfskonstruktion „komplizierende Prozeduren“ verbessert, aber noch optimierbar
- Neues Attribut zur Quantifizierung des intensivmedizinischen Aufwands ab OPS 2005 (Intensivscore „TISS/SAPS“)

Intensivmedizin

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Umfangreiche ergänzende Datenerfassung zu TISS/SAPS: > 30.000 Datensätze aus 33 KH
- Umfassende Analyse der bisherigen Attribute:
 - Beatmungszeit
 - Komplizierende Prozeduren und Diagnosen
 - Alterssplits

Intensivmedizin

Ergebnis für 2006

- Etablierung TISS/SAPS als alternatives Splitkriterium in den Beatmungs-DRGs A06, A07, A11, A13
- 3 neue DRGs für nicht-langzeitbeatmete Patienten (operativ, z.T. auch konservativ) in den MDCs Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Polytrauma
- Jeweils hohe Einstiegsschwelle zur Minimierung von Missbrauchsmöglichkeiten (> 1.100 Punkte → mindestens 10-14 Tage maximal intensivbehandlungspflichtig)

Intensivmedizin

Beispiel

- G36Z „Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, > 1.104 Aufwandspunkte“
RG 13,337 mittlere Verweildauer 38,8
- Filtert schwerste Fälle aus:
 - Aufwändige Eingriffe Magen, Darm, Speiseröhre
 - Schwere gastrointestinale Blutungen
- Trifft überwiegend Fälle im oberen Verweildauerbereich dieser DRGs

Schlaganfall-Behandlung

Ausgangssituation / Problemstellung

- Zahlreiche Hinweise zur „Komplexbehandlung Schlaganfall“
 - Als teure Leistung
 - Berücksichtigung als Kostentrenner
- Kode liegt noch nicht regelhaft vor

Schlaganfall-Behandlung

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Umfangreiche ergänzende Datenlieferung
- Notwendige Veränderungen bereits dieses Jahr

Schlaganfall-Behandlung

Ergebnis für 2006

- Split „Schlaganfall-DRGs“ B69 und B70
- Anhand „Komplexbehandlung Schlaganfall“ (24 bis 72 Std., > 72 Std. oder ab 24 Std.)
- 7 neue DRGs „Komplexbehandlung Schlaganfall“ zusätzlich zu 6 bestehenden DRGs

Schlaganfall-Behandlung

Ergebnis für 2006

- Diesjähriger Umbau als erster Schritt...
- ...einer auf Basis der ergänzenden Datenlieferung erkennbaren „Minstdifferenz“ der Kosten

Schlaganfall-Behandlung

Beispiel „Schlaganfall ohne Blutung“

- G-DRG-Version 2005:
 - B70B (RG: 1,305)
- G-DRG-Version 2006:
 - B70B „mit Komplexbehandlung > 72 Std. oder Lyse-Therapie“ (RG: 2,005)
 - B70D „mit Komplexbehandlung bis 72 Std.“ (RG: 1,541)
 - B70E „ohne Komplexbehandlung“ (RG: 1,175)

Schlaganfall-Behandlung

Perspektive

- Weitere Analysen / Differenzierung auf Basis der Gesamtdaten aus 2005 angestrebt
- Abgleich mit langzeitbeatmeten Schlaganfällen (DRG B83)
- Abgleich mit operierten Schlaganfällen
- Überprüfung der Gesamtanzahl der Schlaganfall-DRGs

Pädiatrie

Ausgangssituation / Problemstellung

- Bisher 59 DRGs nach Alter gesplittet (exklusive Kapitel Neugeborene)
- Erneute Hinweise auf zusätzlich zu etablierende Altersplits

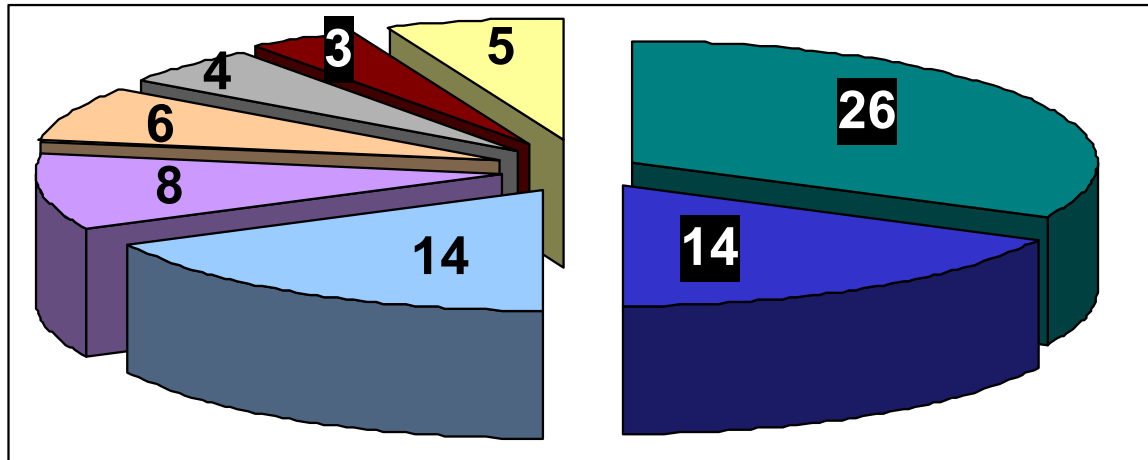
Pädiatrie









Ergebnis für 2006

- 51 DRGs neu nach Alter gesplittet (insgesamt 110)
- 4 neue DRGs für Frühgeborene unter 1.000g mit signifikanter OR-Prozedur

Systemumbau: Erweiterung um 74 DRGs

Grund der Erweiterung



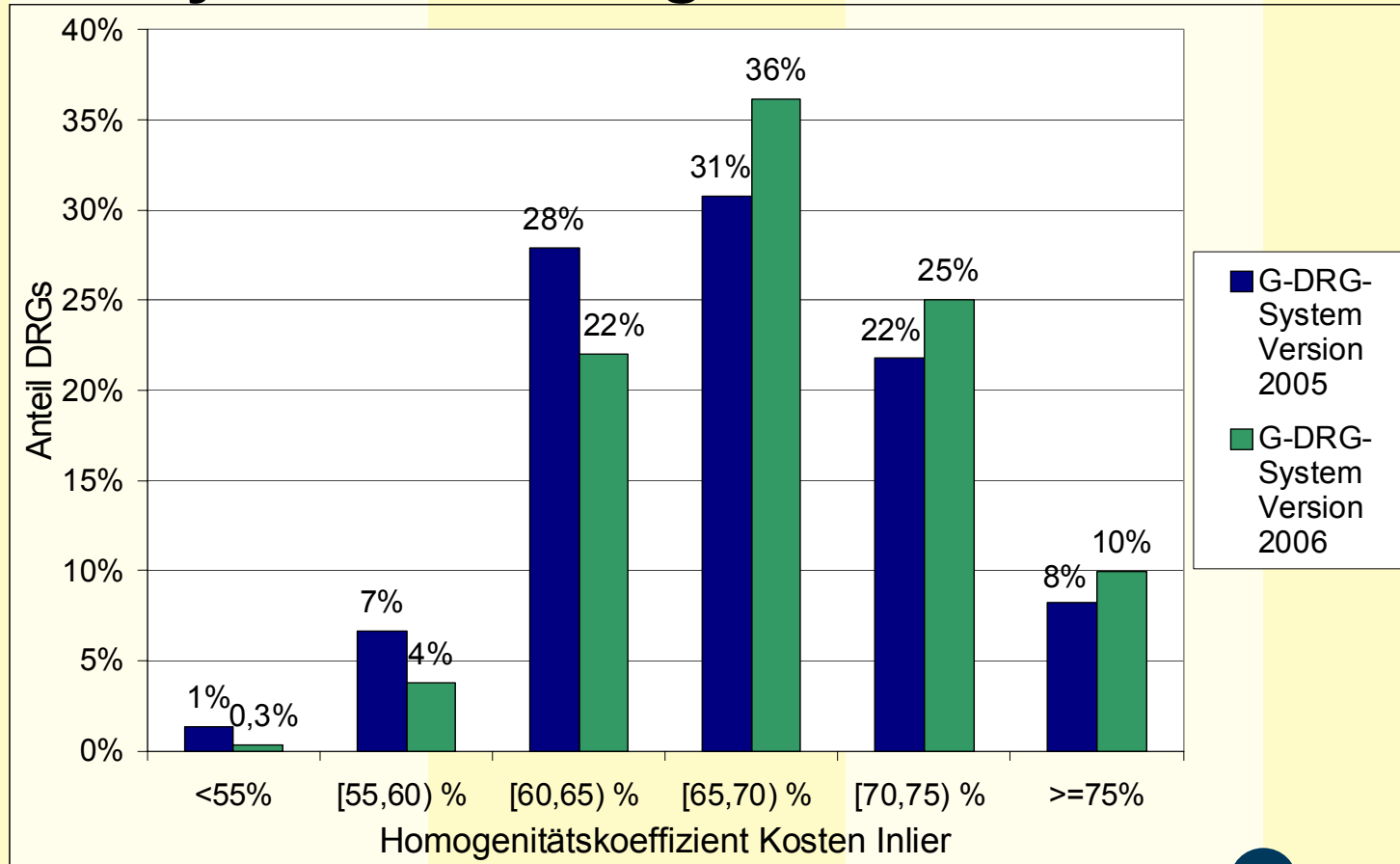
- | | |
|--|--|
|  Alterssplit (Kinder) |  Mehrfacheingriff |
|  Stroke/Intensiv/Frühreha |  PCCL |
|  Entkondensation |  Med. Fortschritt |
|  Integration ZE |  Sonstiges |

Zusatzentgelte

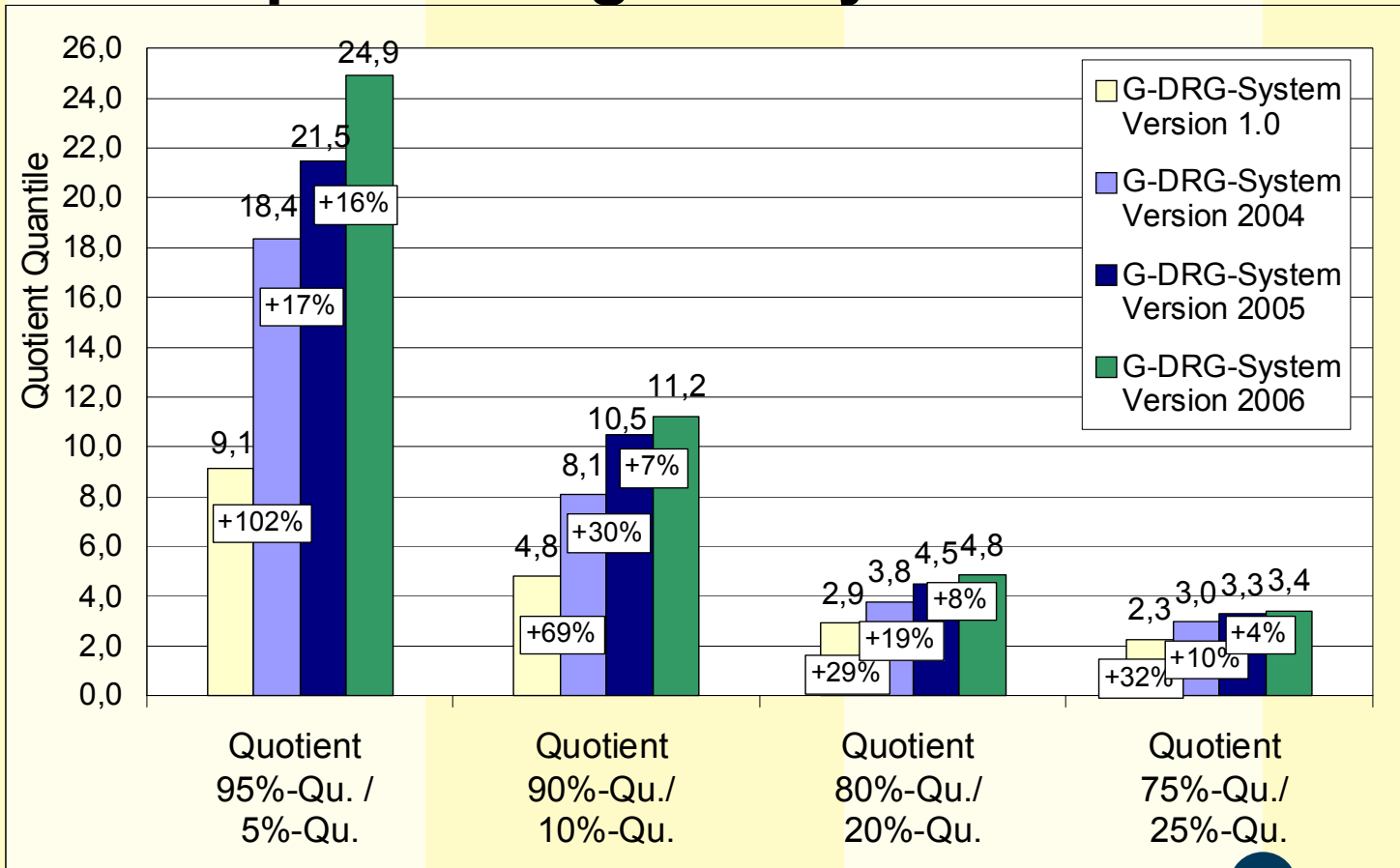
Ergebnisse für 2006

- | | | |
|---|--|------------|
| ➤ | Untersuchte spezielle u. aufwändige Leist. | 229 (+110) |
| ➤ | Gefordert im Vorschlagsverfahren: | > 400 |
| ➤ | Bewertete ZE in Anlage 2 FPV: | |
| | - Dialysen und verwandte Verfahren | 3 (+1) |
| | - Operative und intervent. Verfahren | 8 (-2) |
| | - Medikamente und Blutprodukte | 29 (+6) |
| ➤ | Definierte ZE nach §6 Abs. 1 KHEntgG | 42 (+6) |
| ➤ | Neu über Klassifikation abgebildete Leistungen | 6 |

Analyse des Homogenitätskoeffizienten



Dekomprimierung des Systems



Nächste Schritte

- Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung
- Grouper und Definitionshandbuch 2005/2006
- Hinweise zu Zusatzentgelten in der Leistungsplanung
- Grouper und Definitionshandbuch 2006 möglichst wieder Anfang Dezember

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**