



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH

Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft · Spitzenverbände der Krankenkassen · Verband der privaten Krankenversicherung

InEK gGmbH · Auf dem Seidenberg 3 · 53721 Siegburg

Deutsche Gesellschaft für
Medizincontrolling e.V.
Herr Dr. A. Michel
Universitätsklinik Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410

69120 Heidelberg

Ihr Ansprechpartner
Dr. Martin Braun

Telefon
0 22 41.93 82-25

Fax
0 22 41.93 82-36

E-Mail
medizin@inek-drg.de

Vorschlagsverfahren für 2006 V60249

21. Dezember 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Beteiligung am „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“.

Dem Aufruf der Selbstverwaltung zur Beteiligung an diesem Vorschlagsverfahren wurde erneut erfreulicherweise zahlreich gefolgt. So gingen beim InEK 124 Vorschlags-sendungen von Fachgesellschaften und Verbänden sowie weitere 104 Vorschlags-sendungen von Einzelpersonen/-institutionen ein. Diese Sendungen wiederum bestanden aus bis zu 65 Einzelvorschlägen, so dass sich eine Gesamtzahl von etwa 1.670 Vorschlägen ergab. **Jeder** dieser Vorschläge wurde von uns gesichtet und ausgewertet. Aus der Gesamtzahl dieser Einzelvorschläge ergaben sich über 1.000 direkt berechenbare Vorschläge. Die Differenz zwischen diesen beiden Zahlen erklärt sich durch die Tatsache, dass nur ein Teil der Vorschläge aufgrund ihres Inhaltes tatsächlich auf den Kalkulationsdaten simulierbar war.

InEK
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 82-35
E-Mail
info@inek-drg.de
Internet
www.g-drg.de

Bankverbindung
Deutsche Apotheker- und
Ärztebank eG
Kontonummer
0 005 257 255
Bankleitzahl
370 606 15

Geschäftsführer
DR. Frank Heimig
Handelsregisternummer
HRB 7395
Gerichtsstand
Amtsgericht Siegburg

Nicht direkt simulierbare Vorschläge waren in erster Linie:

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

Die Weiterentwicklung der Klassifikationen ICD-10-GM und OPS ist Aufgabe des Deutschen Institutes 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. Über die Entscheidung des DIMDI zu von Ihnen beantragten Kodes werden Sie ggf. auch im Rahmen dieses Antwortschreibens informiert.

- 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 Datenlieferung 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.

- Vorschläge zur Finanzierung über Zusatzentgelte

Generell ist die Vergütung einzelner Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel nach § 17 b Abs. 1 Satz 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Aufgrund der diesjährigen Kalkulationsgrundlage einschließlich ergänzender Datenlieferungen aus den Kalkulationshäusern konnten einige Zusatzentgelte in der Höhe berechnet oder in Bezug auf den Leistungsumfang definiert werden.

- Vorschläge zur Änderung der CCL-Matrix

Die Simulation von Änderungen der CCL-Matrix erfordert aufgrund ihrer Komplexität eine Datengrundlage von mehreren Jahren. Andererseits ist eine im Längsschnitt hochwertige Verschlüsselung der Diagnosen Grundvoraussetzung einer Veränderung der CCL-Matrix. Da eine entsprechende Datengrundlage in Bezug auf Größe und Güte noch nicht vorhanden war, konnten entsprechende Vorschläge nicht bewertet werden. Darüber hinaus kann jede einzelne Veränderung in der CCL-Matrix eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben. Demnach ist die Auswirkung jeder einzelnen Veränderung auf das Gesamtsystem immens. Zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen, die durch den jeweiligen Umbau der CCL-Matrix zustande kommen, existiert derzeit keine Methodik. Die Bearbeitung der CCL-Matrix hat sich daher im Wesentlichen auf die Bereinigung von eklatanten

Unstimmigkeiten beschränkt. Auf die einzelnen vollzogenen Änderungen der CCL-Matrix wird im „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“ detailliert eingegangen.

■ 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 Verschlankung 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 Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV) für das Jahr 2005 abwichen bzw. außerhalb der Systemarchitektur des G-DRG-Systems lagen, wurden 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 Änderung von Bewertungsrelationen bzw. Verweildauern

Die den einzelnen DRGs zugeordneten Bewertungsrelationen bzw. Verweildauern wurden aus den Kosten bzw. Verweildauern der Einzelfalldaten errechnet. Vorschläge zur freihändigen Festlegung einer Bewertungsrelation bzw. Verweildauer konnten daher keine Berücksichtigung finden.

■ Vorschläge zur Herausnahme einzelner Fachgebiete/Erkrankungen/Einrichtungen

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 simulierbaren Hinweise auf mögliche Kostentrenner bzw. Hinweise zu medizinischen Unplausibilitäten der Klassifikation wurden **alle** anhand der vorhandenen Kalkulationsdaten gemäß den Vorgaben eines Regelwerks für die Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems überprüft. Die teilweise mehrfach durchgeführten Simulationen wurden ausschließlich auf Basis der aus den Kalkulationshäusern gelieferten Daten vollzogen.

Dem Vorschlag beigefügte Kalkulationsergebnisse oder wissenschaftliche Abhandlungen konnten zwar das Problembewusstsein schärfen, fanden jedoch bei der Beurteilung eines simulierten Vorschlags keine Berücksichtigung.

Zur Fortentwicklung der Klassifikation wurde – wie im Regelwerk vorgesehen – zunächst die bestehende G-DRG-Systematik der Version 2005 zugrunde gelegt. 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. Doch auch bei den anderen Vorschlägen wurde die geschilderte Problematik aufgegriffen und intensiv nach Lösungen gesucht. Ziel war es, den Sinn der Vorschläge zu erfassen und diese entsprechend aufzubereiten. 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).

Parallel dazu wurde eine Vielzahl möglicher Splitkriterien als Standard mitberechnet. Trennwerte dieses Standard-Sets waren unter anderem multiple Altersstufen, PCCL, Entlassungsgrund sowie einige Prozeduren und Diagnosen. Pro DRG wurden damit über 4.600 Simulationen gerechnet. Zur Bewertung der simulierten Änderungen wurde das statistische Verfahren der Ermittlung der Varianzreduktion eingesetzt. Durch das statistische Maß der Varianzreduktion (R^2) wird der Anteil der Kostenstreuung aller Fälle, der durch die Klassifikation erklärt wird, angezeigt. 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. Das in diesem Sinn beste Ergebnis wurde ausgewählt.

Vorschläge wurden also dann nicht umgesetzt, wenn

- sich andere Kostentrenner als besser erwiesen,
- keine Fälle mit den entsprechenden Kriterien in der Kalkulationsstichprobe (ca. 2,9 Mio. Fälle) zu finden waren und eine Kostenanalyse daher nicht möglich war,
- der R^2 -Wert durch eine Umsetzung verschlechtert worden wäre,
- sich kein relevanter Kostenunterschied zwischen den neu gebildeten Klassen fand oder
- ein vorgeschlagener Split unter Würdigung der Gesamtkomplexität nur zu einer vernachlässigbaren R^2 -Verbesserung geführt und/oder nur auf Grundlage einer minimalen Anzahl von Fällen in der Stichprobe respektive den Daten nach § 21 KHEntgG beruht hätte.

Auf der Basis dieser Entscheidungskriterien wurden insgesamt etwa 15% der Vorschläge direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt. Damit gründet ein erheblicher An-



teil der umfangreichen Änderungen am G-DRG-System für das Jahr 2006 auf den aus dem Vorschlagsverfahren gewonnenen Hinweisen.

Sicherlich haben Sie bereits im Fallpauschalen-Katalog und Definitionshandbuch das „Schicksal“ Ihrer Vorschläge nachvollzogen. Trotzdem möchten wir Ihnen noch einen Überblick über die von Ihnen eingereichten und gerechneten Vorschläge sowie ggf. eine Stellungnahme zu von Ihnen geschilderten Problemthemen geben. Diese finden Sie in der Anlage zu diesem Schreiben. In Verbindung mit den auf unserer Homepage gegen Ende des Jahres veröffentlichten aggregierten Kalkulationsdaten (G-DRG V2004/2006 Report-Browser) und dem Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006 ergibt sich somit ein Gesamtbild für Sie, auf welcher Basis Entscheidungen gefällt wurden und in welchem Ablaufrahmen dies geschehen ist.

Abschließend möchten wir Ihnen nochmals für Ihre Beteiligung am Vorschlagsverfahren danken und hoffen, Ihnen mit diesem Schreiben den Umgang mit Ihren Vorschlägen ausreichend dargestellt zu haben.

In Bezug auf das neuerliche Vorschlagsverfahren bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2007 dürfen wir Sie auf die ausführlichen Informationen auf unserer Homepage (www.g-drg.de) verweisen.

Mit freundlichen Grüßen

i. V. Dr. Martin Braun
Abteilungsleiter Medizin

Anlage zum Antwortschreiben

Ihr Vorschlag (Ihre Vorschläge) im Rahmen des "Verfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006" wurde(n) von uns unter folgender(n) Verfahrensnummer(n) bearbeitet. Gegebenenfalls wurde Ihr Vorschlag bei der Bearbeitung in mehrere Teilvorschläge aufgeteilt.

Verfahrensnummer

Antwort

V60249_1

Ihr Vorschlag zur Kodeaufnahme der Kombination eines medikamentenbeschichteten und eines nicht-medikamentenbeschichteten Stents in die DRG F56Z wurde berechnet und bei einer Verbesserung des R²-Wertes umgesetzt.

Weiter wurde die Kodeaufnahme der Kombination eines medikamentenbeschichteten und eines nicht-medikamentenbeschichteten Stents auch für die DRG F24Z berechnet und bei einer Verbesserung des R²-Wertes ebenso umgesetzt.

V60249_2

Ihr Vorschlag, die Basis-DRG B19 nach der Art des Zugangs beim Eingriff an den Karotiden zu splitten, wurde in verschiedenen Varianten berechnet, wobei es sich zeigte, dass interventionelle Verfahren mit einem größeren Kostenaufwand verbunden sind als die offen-chirurgischen Verfahren. Daraufhin wurden die Basis-DRGs B04 und B19 der G-DRG-Version 2005 anhand von interventionellen Verfahren (OPS 8-836) differenziert. Im Rahmen des in Kapitel 3.3.3.1 "Umbenennungen von Basis-DRG-Nummern (ABC versus ZZZ)" des Abschlussberichtes zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2006 erläuterten Vorgehens, wurden die neu entstandenen DRGs sämtlichst unter der Basis-DRG B04 der G-DRG-Version 2006 subsummiert.

V60249_3

Ihr Vorschlag zur Anpassung des OPS-Codes 5-916.a (Vakuumversiegelung) wurde wie alle Vorschläge, welche die Einführung neuer ICD-10-GM- oder OPS-Kodes betreffen, an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weitergeleitet, dem die Weiterentwicklung der ICD-10-GM- und OPS-Klassifikation obliegt.

V60249_4

Ihr Vorschlag zur Aufnahme einer Regelung in die DKR, dass bei Frühgeborenen, die innerhalb der errechneten Neugeborenenperiode aufgenommen werden, die Diagnosen und Prozeduren der Neugeborenenperiode zur Dokumentation herangezogen werden können, wurde nicht umgesetzt.

Hinsichtlich der Diagnosen wird in DKR 1602 geregelt, dass zur Verschlüsselung von Zuständen, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, das Kapitel XVI der ICD-10 zur Verfügung steht. Dort sind gemäß Inklusivum zu diesem

Anlage zum Antwortschreiben

Kapitel auch Zustände enthalten, "die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, auch wenn Tod oder Krankheit erst später eintreten". Eine Verwendung dieser Codes ist also auch außerhalb der Neugeborenenperiode nicht ausgeschlossen.

Die Definition von Diagnosen und Prozeduren liegt grundsätzlich im Zuständigkeitsbereich des DIMDI, dies gilt auch für die zeitliche Beschränkung der Kodierbarkeit von Prozeduren. Eine generelle Abweichung der DKR von den Vorgaben des ICD bzw. OPS ist nicht vorgesehen.

V60249_5

Ihr Vorschlag zur Aufnahme der Diagnose T90.5 in die CCL-Matrix wurde nicht umgesetzt.

Wie im Folgenden erläutert, wurde bei der diesjährigen Weiterentwicklung des DRG-Systems eine Anpassung der CCL-Matrix nur in wenigen Einzelfällen vorgenommen. Die Simulation von Änderungen der CCL-Matrix erfordert aufgrund ihrer Komplexität eine Datengrundlage von mehreren Jahren. Andererseits ist eine im Längsschnitt hochwertige Verschlüsselung der Diagnosen Grundvoraussetzung einer Veränderung der CCL-Matrix. Da eine entsprechende Datengrundlage in Bezug auf Größe und Güte noch nicht vorhanden war, konnten entsprechende Vorschläge nicht bewertet werden. Darüber hinaus kann jede einzelne Veränderung in der CCL-Matrix eine veränderte Gruppierung in allen PCCL-gesplitteten DRGs zur Folge haben. Demnach ist die Auswirkung jeder einzelnen Veränderung auf das Gesamtsystem immens. Zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen, die durch den jeweiligen Umbau der CCL-Matrix zustande kommen, existiert derzeit keine Methodik. Die Bearbeitung der CCL-Matrix hat sich daher im Wesentlichen auf die Bereinigung von eklatanten Unstimmigkeiten beschränkt. Auf die einzelnen vollzogenen Änderungen der CCL-Matrix wird im „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“ detailliert eingegangen.

V60249_6

Ihr Vorschlag zur Streichung der CC-Relevanz für bestimmte Diagnosen ausschließlich für die Basis-DRG F62 wurde nicht umgesetzt, da eine alleinige Streichung dieser Diagnosen nur für die DRG F62 nicht möglich ist. Aufgrund der Tatsache, dass jeder Spalte der CCL-Matrix in der Regel mehrere Basis-DRGs zugewiesen wurden, würde die Umsetzung Ihres Vorschlages auch eine Streichung dieser Diagnosen für die anderen in der jeweiligen Spalte enthaltenen DRGs bedeuten.

V60249_7

Ihr Vorschlag zur Kodestreichung der Nebendiagnosen "Kontusion und Ödem des Rückenmarks" aus der Zuordnung zur unbewerteten DRG B61 wurde berechnet und nicht umgesetzt, da keine Verbesserung des Gesamtsystems resultierte.

Anlage zum Antwortschreiben

V60249_8

Ihr Vorschlag, die endoskopische Unterspritzung eines Ulcus in der MDC06 einheitlich abzubilden, wurde in mehreren Varianten berechnet:

Es wurde simuliert, alle Fälle mit einer endoskopischen Unterspritzung von Ulcera ventriculi oder duodeni in einer neuen DRG abzubilden, dies konnte aber wegen einer Verschlechterung des R²-Wertes nicht umgesetzt werden. Alle Fälle mit einer endoskopischen Unterspritzung von Ulcera duodeni in die DRG G46 zu verschieben, hätte neben der Aufnahme der Prozedur in die Tabelle G46-3 auch die Anpassung der Diagnosenliste "schwere Krankheiten der Verdauungsorgane" erfordert und so mittelbar alle DRGs der anderen Partition der MDC06 beeinflusst.

Nachdem die partitionsübergreifende Sortierung, wie im Abschlussbericht detailliert erläutert, zur Auflösung der DRG G54 geführt hatte, war zum einen Ihr Vorschlag nicht mehr in der beschriebenen Art simulierbar, zum anderen der im Vorschlag dargestellte Unterschied der Relativgewichte zwischen der endoskopischen Unterspritzung eines Ulcus ventriculi vs. duodeni wesentlich geringer ausgeprägt.

V60249_9

Ihr Vorschlag, Fälle mit der Kombination "Herniotomie" und "Laparotomie aus anderen Gründen", nicht in den DRGs für Hernienoperationen, sondern in der DRG G12 (Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen) abzubilden, wurde nicht umgesetzt.

Die beschriebene Eingruppierung ergibt sich aus der Sortierung der operativen DRGs der MDC06. Wie in anderen MDCs wird auch in der MDC 06 die unspezifische DRG "andere OR-Prozeduren." - unabhängig von den mittleren Kosten - an letzter Stelle der operativen Partition abgefragt. Die diesjährigen umfangreichen Analysen zur Sortierung erbrachten keinen Anhalt für eine Änderung dieses Vorgehens.

V60249_10

Ihr Vorschlag zur Etablierung einer neuen DRG für Fälle mit komplexem Mappingverfahren wurde berechnet, konnte aber aufgrund eines fehlenden signifikanten Kostenunterschiedes nicht umgesetzt werden.

V60249_11

Ihr Vorschlag zur Änderung der bestehenden Split-Merkmale anhand der Streichung der PCCL Bedingung in der Basis-DRG K40 wurde berechnet, konnte aber wegen einer Verschlechterung des R²-Wertes nicht umgesetzt werden.

V60249_12

Ihr Vorschlag zur Streichung der UGV der DRG G49Z "Kolo- und Gastroskopie, weniger als 3 Belegungstage" wich grundsätzlich von der durch die Selbstverwaltungspartner nach § 17 b KHG geeinten Vorgehensweise (Regelwerk) ab. Ihr Vorschlag wurde auf innerhalb des G-DRG-Systems simulierbare Hinweise untersucht und floss in die diesjährige Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ein. Speziell für die DRG G49Z möchten wir darauf hinweisen,

Anlage zum Antwortschreiben

dass diese im Rahmen der diesjährigen Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zur Vermeidung einer negativen Anreizwirkung gestrichen wurde. Weitere Informationen dazu finden Sie im Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2006 in dem Kapitel Gastroenterologie/Endoskopie.