



## Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH

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

InEK GmbH · Auf dem Seidenberg 3 · 53721 Siegburg

Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e. V.  
(DGfM)  
Herr Dr. med. Sascha Baller  
Institut für Medizincontrolling  
Rohrbacher Straße 92/1

69115 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 2009 V90163

16. Dezember 2008

Sehr geehrter Herr Dr. med. Baller,

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 2009“.

Dem Aufruf der Selbstverwaltung zur Beteiligung an diesem Vorschlagsverfahren wurde erneut erfreulicherweise zahlreich gefolgt. So gingen beim InEK 100 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften und Verbänden sowie weitere 58 Vorschlagssendungen von Einzelpersonen/-institutionen ein. Diese Sendungen wiederum bestanden aus bis zu 30 Einzelvorschlägen, so dass sich eine Gesamtzahl von etwa 1.000 Vorschlägen ergab. **Jeder** dieser Vorschläge wurde von uns gesichtet und ausgewertet. Aus der Gesamtzahl dieser Einzelvorschläge ergaben sich etwa 740 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 GmbH

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 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 2009 verschlüsselt werden und stehen dann spätestens im Jahr 2010 in den Kalkulationsdaten der Analyse zur Verfügung. Vorschläge, die auf Kodes des Jahres 2008 basieren, wurden weitestgehend auf Kodes des Jahres 2007 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 § 17b Abs. 1 Satz 12 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) nur für eng begrenzte Ausnahmefälle vorgesehen. Aufgrund der diesjährigen Kalkulationsgrundlage einschließlich ergänzender Datenbereitstellungen aus den Kalkulationskrankenhäusern konnten einige Zusatzentgelte in der Höhe berechnet oder in Bezug auf den Leistungsumfang definiert werden.

- Duplikate

Etwa 3 % 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 2009 stand in diesem Jahr erneut vor allem die Klarstellung einzelner Kodierrichtlinien im Vordergrund, nachdem bereits in den vergangenen Jahren eine umfangreiche Straffung und Neugestaltung der Deutschen Kodierrichtlinien erfolgt ist. 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 2008 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. Wiederaufnahmeregelung) 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 2009 nicht mit einer Bewertungsrelation belegt (Anlagen 3a und 3b der FPV 2009) 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 Kalkulationskrankenhäusern 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 2008 zugrunde gelegt. Die etwa 740 eingegangenen direkt simulierbaren Vorschläge wurden alle auf den Kalkulationsdaten – zum Teil mehrfach – berechnet und bewertet. Zusätzlich wurden häufig mehrere Vorschlagsvarianten analysiert. Doch auch bei den nicht direkt simulierbaren 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 10,2 höher als die Anzahl der eingebrachten simulierbaren Vorschläge (insgesamt 6.788 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 Simulatio-

nen 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. 3,1 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.

Um dem Problem der teilweise noch unvollständigen Abbildung von seltenen und hochaufwändigen Fällen entgegenzuwirken, wurde in diesem Jahr erneut eine umfassende Analyse von Extremkostenfällen durchgeführt. Dazu wurden dem InEK von an der Kalkulation teilnehmenden Kliniken ergänzende Informationen zur Identifikation solcher Fälle zur Verfügung gestellt, die über die detaillierten Fall- und Kostendaten der regulären, in diesem Jahr erneut intensivierten ergänzenden Datenbereitstellung noch hinausgingen. Dadurch konnten die Voraussetzungen zur Identifikation problematischer Hochkostenfälle und zur detaillierten Nachvollziehbarkeit der Kostenzuordnung erheblich verbessert werden, wodurch auch eine präzisere Abbildung hochaufwändiger Fallkonstellationen mit relativ kleinen Fallzahlen möglich war, beispielsweise Mehretageeingriffe an der unteren Extremität bei Kindern.

Auf der Basis der oben aufgeführten Entscheidungskriterien wurden insgesamt etwa 38 % der Vorschläge direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt. Damit gründet ein erheblicher Anteil der umfangreichen Änderungen am G-DRG-System für das Jahr 2009 auf den aus dem Vorschlagsverfahren gewonnenen Hinweisen.

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. 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.

Die zur Beurteilung dieser weitreichenden Veränderungen in den beiden letzten Jahren entwickelte Methodik konnte für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr



2009 ausgebaut werden. Im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix wurden erneut sowohl Diagnosen aufgenommen bzw. aufgewertet als auch aus der CCL-Matrix gestrichen bzw. abgewertet. Der Fokus bei der Identifizierung von Diagnosen lag erneut auf häufig kodierten, streitbefangenen und vermeintlich aufwendigen bzw. nicht aufwendigen Diagnosen. Darüber hinaus wurden angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien umfangreich analysiert. Hierbei stand wie bereits im Vorjahr das Ziel einer stringenten Abbildung von inhaltsähnlichen Diagnosen im Vordergrund.

Eine vollständige Liste aller im Rahmen der Bearbeitung der CCL-Matrix verändert abgebildeten Diagnosen für das G-DRG-System 2009 finden Sie auf unserer Internetseite [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de) veröffentlicht. Darüber hinaus wird auf die einzelnen vollzogenen Änderungen der CCL-Matrix im „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009“ detailliert eingegangen.

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 V2007/2009 Report-Browser) und dem „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009“ 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 2010 dürfen wir Sie auf die ausführlichen Informationen auf unserer Homepage ([www.g-drg.de](http://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 Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009" wurde(n) von uns unter folgender(n) Verfahrensnummer(n) bearbeitet. Gegebenenfalls wurde Ihr Vorschlag bei der Bearbeitung in mehrere Teilvorschläge aufgeteilt.

<b>Verfahrensnummer</b>	<b>Antwort</b>
V90163_01	Ihr Vorschlag "Fehler-DRGs und sonstige DRGs" in "Sonstige DRGs" umzubenennen vor dem Hintergrund der geschilderten Auswirkungen im Rahmen der Abrechnung: Bis zum Jahr 2004 wurde die Gruppe der "9er-DRGs" unter dem Begriff "Fehler-DRGs" zusammengefasst. Aufgrund des von Ihnen geschilderten Problems wurde bereits ab dem Jahr 2005 die Benennung in "Fehler-DRGs und sonstige DRGs" geändert, um klarzustellen, dass es sich bei dieser Gruppe von DRGs nicht ausschließlich um "Fehler-DRGs" handelt.

## **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 2009" wurde(n) von uns unter folgender(n) Verfahrensnummer(n) bearbeitet. Gegebenenfalls wurde Ihr Vorschlag bei der Bearbeitung in mehrere Teilvorschläge aufgeteilt.

### **Verfahrensnummer**

V90224\_01

### **Antwort**

Ihren Vorschlag, Fälle mit der Hauptdiagnose Q76.3 "Angeborene Skoliose durch angeborene Knochenfehlbildung" in der Basis-DRG I19 "Komplexe Wirbelkörperfusion oder Wirbelkörperaufrichtung ohne äußerst schwere CC" abzubilden, haben wir für alle Fälle mit einer entsprechenden Diagnose untersucht.

Im Ergebnis waren die so detektierten Fälle nicht teurer als die restlichen Fälle der Ausgangs-DRG. Bei einer geringen Anzahl betroffener Fälle und einer Verschlechterung des R<sup>2</sup>-Wertes konnte Ihr Vorschlag damit nicht umgesetzt werden.