

„Das G-DRG-System 2011“ Klassifikation und Bewertung

**DKG-Informationsveranstaltung
Deutscher Krankenhaustag**

Düsseldorf, den 17. November 2010
Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer InEK gGmbH

Agenda

1. Zusammenfassung

Kalkulationsbasis

Krankenhäuser

- | | |
|---|-------------------|
| ➤ Krankenhäuser mit Vereinbarung | 317 (Vorjahr 286) |
| ➤ Krankenhäuser mit einer Zusage zur Kalkulationsdatenlieferung | 271 |
| - davon Teilnehmer im Jahr 2009 | 228 (84%) |
| - davon „Neueinsteiger“ | 43 (16%) |
| ➤ Später Rückzug der Zusage | 8 |

Kalkulationsbasis

Krankenhäuser

- | | |
|--|------------------------|
| ➤ Krankenhäuser mit erfolgter Datenlieferung | 263 |
| ➤ Verbleiben in der Kalkulationsstichprobe | 247 (Vorjahr 225) |
| - davon Universitätskliniken | 10 von 11 (Vorjahr 10) |

Kalkulationsbasis Krankenhäuser

- Gesamtlöschungen
 - 16 Krankenhäuser (Vorjahr 28), entspricht 6% der Häuser mit Datenlieferung (11%)
 - 439.083 Fälle (595.590), entspricht 8% aller Fälle (12%)

G-DRG-System 2011

| | |
|------------------------------------|-------------|
| ➤ DRGs | 1.194 (- 6) |
| - davon im FP-Katalog Hauptabt. | 1.149 (- 5) |
| - davon nicht bewertet (Anlage 3a) | 40 (- 1) |
| - davon rein teilstationäre DRGs | 5 (--) |
| - davon bewertet | 2 (+1) |
| ➤ Ein-Belegungstag-DRGs | |
| - Explizit | 23 (+ 1) |
| - Implizit | 301 (+ 6) |

Vorschlagsverfahren 2011

Übersicht

- 96 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften und Verbänden
- 77 Vorschlagssendungen anderer Einsender
- 529 (+117) rechenbare Vorschläge
- 4.112 Simulationen insgesamt (ohne Rechnungen für die CCL-Matrix)
- Etwa 30% davon umgesetzt oder „Problematik im Sinne des Vorschlags gelöst“

Krankenhäuser und Fallzahlen

Vollstationäre § 21-Daten 2009, Entgeltbereich „DRG“

| | § 21-Daten | Kalkulations- daten | Anteil |
|-----------------------------|------------|------------------------|--------|
| vor Plausibilisierung: | | | |
| Anzahl Krankenhäuser | 1.638 | 263 | 16,1% |
| Fallzahl | 17.190.336 | 3.926.392 | 22,8% |
| nach Plausibilisierung: | | | |
| Anzahl Krankenhäuser | 1.638 | 247 | 15,1% |
| Fallzahl | 17.116.154 | 3.039.733 | 17,8% |

Agenda

2. Methodik

Teilstationäre Leistungen

Ergebnis für Katalog 2011

- Fünf tagesbezogene DRGs
 - Geriatrie (2 DRGs)
 - Kinderdialyse
 - Erwachsenenendialyse mit/ohne Peritonealdialyse
- Davon bisher bewertet: Erwachsenenendialyse ohne Peritonealdialyse (L90C)
- **Vollständig neu bewertet: Erwachsenenendialyse mit Peritonealdialyse (L90B)**

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2011 (2010)

- 54.453 Fälle (47.870)
- 83 kalkulierte DRGs (84)
- Teilnahme jetzt von 2 reinen Beleg-Krankenhäusern
- Entspricht 67,2% aller Belegfälle der § 21-Daten (67,8%)
- Homogenitätskoeffizient: 79% (79%)

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

Ergebnis für 2011

Verweildaueranalyse Haupt- und Belegabteilungsfälle

| Mittlere Verweildauer | G-DRG-System 2010 | | G-DRG-System 2011 | |
|-----------------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| | Anzahl DRGs | Anteil BA-Fälle | Anzahl DRGs | Anteil BA-Fälle |
| Identisch | 306 | 8% | 303 | 5% |
| Hauptabteilung höher | 362 | 57% | 379 | 61% |
| Belegabteilung höher | 157 | 35% | 157 | 34% |

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

Bezugsgröße

Unveränderter Ansatz

- Konstante Summe effektiver Bewertungsrelationen in § 21-Daten zur Vermeidung Liquiditätseffekt
- Keine Berücksichtigung teilstationärer Leistungen

Unverändert!

Bezugsgröße

- Die Bezugsgröße für 2010 betrug **2.619,10 €**
Casemix V2010: 18.084.944
- Die Bezugsgröße für 2011 beträgt **2.651,10 €**
Casemix V2011: 18.092.276
 - Differenz Casemix: + 7.332
(entspricht 0,04% des Casemix V2010)
 - Differenz Bezugsgröße : + 32,00 €
(entspricht 1,22% der Bezugsgröße für 2010)
- Erstmalig Anstieg der Bezugsgröße

Agenda

3. Klassifikatorische Überarbeitung

Querschnittlähmung

Ausgangssituation/Problemstellung

Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks [...] in unbewerteter DRG B61Z (Prä-MDC)

- Probleme für Krankenhäuser, die nicht auf die Versorgung Querschnittgelähmter spezialisiert sind:
 - Übernahme der Akutversorgung mit anschließender Wegverlegung und hohen Behandlungskosten pro Tag
 - Schwierigkeiten bei differenzierter Verhandlung der Fälle
- Wenig belastbarer OPS-Kode für die *Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung (8-976)*

Querschnittlähmung

Ausgangssituation/Problemstellung

- Hinweise auf Differenzierung bzw. Ausgliederung beatmeter und polytraumatisierter Fälle aus der DRG B61Z
- Auswahl der Prozeduren anhand externer Hinweise (z.B. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.) und eigener Analysen

Querschnittlähmung

Ergebnis für 2011 (I)

- Ausschluss aus der Basis-DRG B61 von:
 - Fällen mit Polytrauma und komplexer OR-Prozedur
 - Fällen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1.104 Aufwandspunkten und komplexer OR-Prozedur
- Abbildung dieser Fälle überwiegend in den Beatmungs-DRGs der Prä-MDC sowie in der MDC 21A (Polytrauma)
- Fälle werden weiterhin in die Basis-DRG B61 gruppiert, wenn zusätzlich eine Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung > 99 Tage durchgeführt wurde

Querschnittlähmung

Ergebnis für 2011 (II)

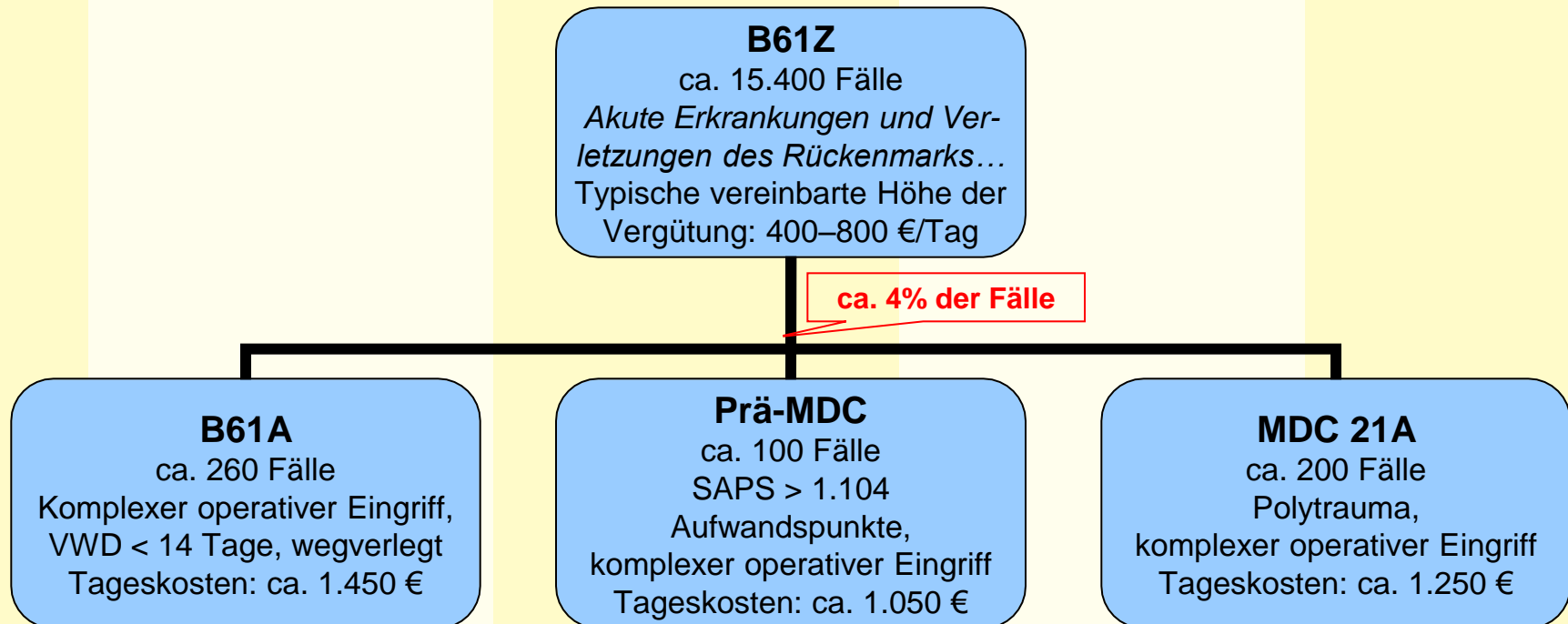
Split der DRG B61Z in:

- Bewertete DRG B61A *Bestimmte akute [...] Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff [...]* für Fälle mit initial hochaufwendigem Trauma und hohen Tageskosten durch:
 - komplexen operativen Eingriff
 - Verweildauer < 14 Tage
 - Entlassgrund „wegverlegt“
- (Weiterhin) unbewertete DRG B61B

Querschnittlähmung

Ergebnis für 2011 (II)

Fallverschiebungen in § 21-Daten



Querschnittlähmung

Ergebnis für 2011 (III)

- Verbesserung der Abbildung durch:
 - Streichung der Nebendiagnose für *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarks (G95.88)* aus der Basis-DRG B61
 - Betrifft ca. 600 Fälle, ubiquitär in einer Vielzahl von KH; Spezialkliniken von diesem Umbau kaum betroffen
 - Absicherung durch den OPS-Kode *Komplexbehandlung bei Querschnittlähmung (8-976)*, sodass diese Fälle mit mindestens 100 Behandlungstagen weiterhin in die Basis-DRG B61 gruppiert werden

Querschnittlähmung

Ergebnis für 2011 (III)

- Weiterentwicklung für 2011 geht nicht zu Lasten der Spezialkliniken für die Versorgung Querschnittgelähmter
- Ob die Einführung des Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) an dieser Stelle hilfreich sein wird, bleibt abzuwarten
- Verbesserung der Leistungsdefinition der Spezialkliniken für die Versorgung Querschnittgelähmter wünschenswert

„Vergütungsproblematik“ Beispielhafte Konstellationen

- Ungewöhnliche Kodierung einfacher Eingriffe, z.B. bei Karpaltunnelsyndrom
- Anpassung an Umbauten des DRG-Systems, z.B. verstärkte Kodierung von (ehemals) auffällig teuren Hauptdiagnosen zwei bis drei Jahre nach „Extremkosten-Umbau“
- Auffällig häufige Verschlüsselung bestimmter unspezifischer CC-Diagnosen (z.B. *Gefäßkomplikation nach Infusion*)

**Geänderte
Eingruppierung bei
Kodierung von „Arm“
anstelle von „Hand“**

**Jeweils Hauptdiagnose =
Karpaltunnelsyndrom**



DRG B05Z (2010)
*Dekompression bei
Karpaltunnelsyndrom*
RG 0,524 mVWD 2,8

| A0030ORA (6/6) Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom | |
|--|---|
| Kode | Kurztext |
| 5-056.40 | Neurolys u Dekompr, Nerv Hand, off chir |
| 5-056.41 | Neurolys u Dekompr, Nerv Hand, endosk |
| 5-056.4x | Sonstige Neurolyse und Dekompression, Nerven Hand |
| 5-057.4 | Neurolys u Dekompr Nerv Hand Transpos |
| 5-841.11 | Durchtrennung Retinaculum flexorum |
| 5-841.61 | Plast Reko autog Mat Retinac flex |

DRG B17C (2010)
*Eingriffe an peripheren
Nerven [...] ohne
komplexen Eingriff*
RG 0,850 mVWD 4,2

| A0033ORA (2667/2667) Eingriffe an Nervensystem, Bewegungsapparat, Haut | |
|--|--|
| Kode | Kurztext |
| 5-056.2 | Neurolyse und Dekompression Nerven Schulter |
| 5-056.3 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Arm |
| 5-056.5 | Neurolyse und Dekompression Nerven Rumpf |
| 5-056.6 | Neurolyse und Dekompression Plexus lumbosacralis |
| 5-056.7 | Neurolys u Dekompr Nerv Leist u BeckBod |
| 5-056.8 | Neurolyse und Dekompression Nerven Bein |
| 5-056.9 | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nerven Fuß |
| 5-056.x | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Sonstige |
| 5-056.y | Neurolyse und Dekompression eines Nerven: Nnbez |

„Vergütungsproblematik“ am Beispiel des Karpaltunnelsyndroms

- Eingriff am Handgelenk
(der OPS kennt bei diesen Codes nur „Hand“ oder „Arm“)
- Ungewöhnliche Kodierung im Einzelfall nicht sicher falsch
- Nur wenige KH auffällig, aber teilweise erhebliche Fallzahlen
- Mittlere Kosten der entsprechenden Fälle für alte DRG B17C deutlich zu gering

„Vergütungsproblematik“ am Beispiel des Karpaltunnelsyndroms

- Fälle im Einzelfall nicht sicher falsch!
 - Keine generelle Deplausibilisierung der Fälle vertretbar
 - Klärung von Auffälligkeiten auf Krankenhausebene
- Kodeverschiebung in Karpaltunnel-DRG (B05Z)?
 - Relativgewicht B05Z stiege an
 - Erhebliche Untervergütung von Fällen mit de facto aufwendigerem Eingriff (z.B. am Arm)
 - DRG B17C enthält noch weitere auffällige Codes

„Vergütungsproblem“ Karpaltunnel

Lösung für G-DRG 2011: Neue DRG B17D

DRG B17C (2011)

Eingriffe an peripheren Nerven [...] mit mäßig komplexem Eingriff

RG 0,959 mVWD 4,5

DRG B17D (2011)

Eingriffe an peripheren Nerven [...] ohne mäßig komplexen Eingriff

RG 0,666 mVWD 3,2

DRG B05Z (2011)

Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom

RG 0,541 mVWD 2,8

- Zusammenfassung mit weiteren wenig komplexen Eingriffen
- Abwertung in sicher begründbarem Umfang
- Erneute Analyse in 2011

„Vergütungsproblematik“

Auffällige Verschlüsselung von CC-Diagnosen

- Am Beispiel des Codes T80.1 *Gefäßkomplikation nach Infusion [...]*
- Kodiert bei rund 0,3% der stationären Fälle
- Je nach Krankenhaus Häufigkeit 0% bis fast 8%
- Kodierung auch bei wenig aufwendigen Konstellationen denkbar (missglückte Venenpunktion mit kleinem Hämatom)
- Nach üblicher Methodik erhebliche Abwertung in der CCL-Matrix angezeigt und für G-DRG 2011 umgesetzt

§ 21 KHEntgG

(3a) Die nach § 137a Abs. 1 des SGB V mit der Durchführung von Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Institution auf Bundesebene kann ausgewählte Leistungsdaten aus den Buchstaben a bis f des Absatzes 2 Nr. 2 anfordern, soweit diese nach Art und Umfang notwendig und geeignet sind, um Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 137 a Abs. 2 Nr. 1, 2 und 3 des SGB V durchführen zu können. Die Institution auf Bundesebene kann entsprechende Daten auch für Zwecke der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung auf Landesebene anfordern und diese an die jeweils zuständige Institution auf Landesebene weitergeben. Die DRG-Datenstelle übermittelt die Daten, soweit die Notwendigkeit nach Satz 1 von der Institution auf Bundesebene glaubhaft dargelegt wurde. Absatz 3 Satz 9 und 10 gilt entsprechend.

„Vergütungsproblematik“

Gemeinsamkeiten der dargestellten Konstellationen

- Auf Basis der § 21-Daten ist eine inkorrekte Verschlüsselung in der Regel nicht sicher nachzuweisen
- Häufungen bestimmter Konstellationen können dennoch entsprechende Abwertungen durch Umbau am DRG-System erfordern
- Fälle, die strittige Attribute zu Recht tragen, sind von diesen Umbauten mitunter aber ebenfalls betroffen

Diabetischer Fuß

Ausgangssituation/Problemstellung

- Abbildung des Krankheitsbildes „Diabetischer Fuß“ in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose in MDC 05 (Kreislaufsystem) oder MDC 10 (Stoffwechselkrankheiten)
- Hochdifferenzierte Abbildung von operativen und interventionellen Gefäßeingriffen in MDC 05, nicht aber in MDC 10
- Abbildung dieser Eingriffe bislang in MDC 10 hauptsächlich in der Basis-DRG K01 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen*

Diabetischer Fuß

Beispiel: G-DRG 2010

- Typ-2-Diabetes mit diabetischem Fußsyndrom (E11.74) und Resektion und Ersatz (Interposition) an A. tibialis posterior
→ DRG K01D *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen [...]* (RG: 1,550)
- Typ-2-Diabetes mit peripheren vaskulären Komplikationen (E11.50) und Resektion und Ersatz (Interposition) an A. tibialis posterior
→ DRG F08E *Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, [...] mit kompl. Eingriff [...]* (RG: 2,328)

Diabetischer Fuß

Ausgangssituation/Problemstellung

- Konfliktpotential (Kodierstreitigkeiten) im Hinblick auf die zu kodierende Hauptdiagnose insbesondere bei Vorliegen operativer oder interventioneller Prozeduren bedingt durch Erlösunterschiede
- Mehrfache Hinweise der Fachgesellschaften auf diese Problematik, u.a. im Rahmen des Vorschlagsverfahrens
- Etablierung einer spezifischen Kodierung im ICD-10-GM (Datenjahr 2009) ermöglicht erstmals Analysen auf breiter Basis ohne Verwendung eines Hilfskonstrukts

Diabetischer Fuß

Weiterentwicklung: Ziele und Maßnahmen

- Einheitliche und sachgerechte Vergütung unabhängig von der kodierten Hauptdiagnose
- Abbau des Konfliktpotentials bei der Kodierung
- Vermeidung einer Benachteiligung spezialisierter Kliniken durch einen Umbau

Diabetischer Fuß

Ergebnis für 2011

- Abbildung von Fällen mit operativen oder interventionellen Gefäßeingriffen in den bestehenden spezifischen DRGs der MDC 05
- Etablierung von neuen spezifischen DRGs zur Abbildung von Fällen mit anderen typischen operativen Eingriffen beim diabetischen Fuß in MDC 05 (Basis-DRG F27 *Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen*, ehemals Teil der Basis-DRG K01)

Diabetischer Fuß

Ergebnis für 2011

- Abbildung konservativer Fälle weiterhin in der Basis-DRG K60 der MDC 10, da
 - in DRGs K60A-E sachgerechte Vergütung
 - differenzierte Abbildung in 5 DRGs
 - keine Kodierstreitigkeiten bekannt
- Auch für mehrzeitige Eingriffe, Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern und Frührehabilitation oder geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung weiterhin Abbildung in MDC 10 bei sachgerechter Vergütung

Diabetischer Fuß

Ergebnis für 2011

G-DRG 2010

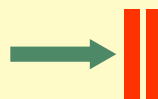
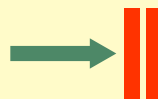
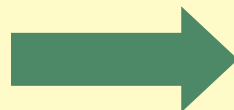
MDC 10

K01B,C,D

K09A,B,C

Mehrzeitig, MRE,
Frühreha

K60A-F



G-DRG 2011

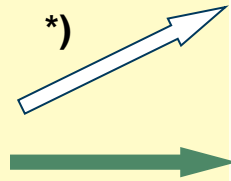
MDC 05

DRGs der
operativen
Partition, inkl.
F27A,B,C

DRGs der
medizinischen
Partition

Diabetischer Fuß

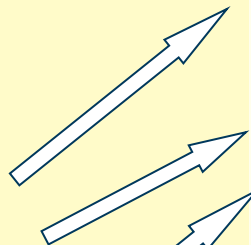
K01B (5,056): Verschiedene Gefäßeingriffe bei Diabetes mellitus



F28A (5,014): Amputation mit zusätzl. Gefäßeingriff oder mit Hauttranspl.

F27A (4,275): Verschiedene Gefäßeingriffe bei Diabetes mellitus

K01C (2,419): Versch. Eingriffe bei Diabetes mellitus, PCCL > 3 [...]

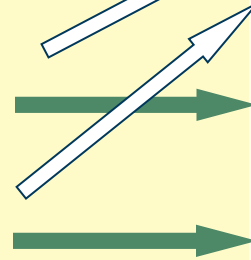


F13A (3,267): Komplexe Amputationen an oberer Extremität u. Zehen

F08E (2,311): Rekonstr. Gefäßeingr. ohne HLM, mit kompl. Eingriff [...]

F27B (1,729): Versch. Eingriffe bei Diabetes mellitus, PCCL > 3 [...]

K01D (1,550): Versch. Eingriffe bei Diabetes mellitus



F27C (1,335): Versch. Eingriffe bei Diabetes mellitus

*) Beispielhafte Fallwanderungen

Diabetischer Fuß

Fazit

- Einheitliche und sachgerechte Vergütung von Fällen mit operativen oder interventionellen Gefäßeingriffen unabhängig von der Hauptdiagnose in MDC 05 (Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems)
- Beendigung des Streits um die zu kodierende Hauptdiagnose

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Sinn und Zweck

- „Was ist bei der Anwendung der Übergangsgrouper / Budgetplanungsgrouper zu beachten?“
 - G-DRG 2009 / 2011: Ergebnis der InEK-Kalkulation
Datenjahr 2009
ICD und OPS 2009
Algorithmus 2011
 - G-DRG 2010 / 2011: ICD und OPS 2010
Algorithmus 2011
 - G-DRG 2011: ICD und OPS 2011
Abrechnung in 2011

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh. weisen nicht auf Umbauten des DRG-Systems hin!

- Wie Sie (bzw. Ihr Krankenhaus) beispielsweise von einem neu etablierten Kindersplit betroffen sind, kann Ihnen eine Analyse mit den Übergangsgroupen zeigen
- Möglicherweise profitieren Sie, weil Sie viele Kinder behandeln
- Oder auch nicht
- Die Hinweise zur Leistungsplanung und Budgetverhandlung weisen auf solche Umbauten jedenfalls nicht hin, sondern sollen Situationen aufzeigen, in denen die Planungsgrouper allein nicht zu verwertbaren Aussagen führen (können)

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Beispiel

Im **OPS** wurden für die **Version 2010** neue Codes für Eingriffe an bestimmten tiefen Venen eingeführt, beispielsweise der Code 5-397.9d *Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: V. portae. [...]*

Bis 2009 waren Eingriffe an diesen Gefäßen **nur unspezifisch kodierbar**, z. B. mit dem Code 5-397.9x *Andere plastische Rekonstruktion von Blutgefäßen: Tiefe Venen: Sonstige.*

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Beispiel

Die neuen spezifischen Prozedurenkodes [...] können gemäß der G-DRG-Version 2010/2011 als zusätzliches Splitkriterium zu einer Eingruppierung von Fällen in die DRGs G18A und H01A führen. **Für die G-DRG-Version 2009/2011 waren stattdessen übergangsweise die entsprechenden unspezifischen Codes diesen DRGs zugeordnet.**

Abhängig von der konkreten Kodierung in 2009 ist daher zu beachten, dass ggf. nicht alle Fälle, die aufgrund eines Eingriffs an tiefen Venen laut G-DRG 2009/2011 den DRGs G18A/H01A zugeordnet waren, diese auch gemäß G-DRG 2010/2011 erreichen können.

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Bereits veröffentlicht: 2009/2011 → 2010/2011

- Eingriffe an tiefen Venen des Abdomens
- Fluoreszenzgestützte Resektion Harnblase mit HAL
- **Osteosynthese mit Materialkombinationen**
- **Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter**
- Änderungen der Kodierrichtlinien (Symptom als ND, alter Schlaganfall, Hauptdiagnose bei Chemotherapie bei CUP-Syndrom)
- Zusatzentgelte

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Osteosynthese mit Materialkombinationen

- Codes wurden für den OPS 2010 gestrichen (stattdessen sind Einzelkomponenten zu erfassen)
- Im G-DRG-System wurde bereits für 2010 diese Streichung vorbereitet: Kombinationscode und typische Kombination der Einzelkomponenten sind gleich gruppierungsrelevant
- Mögliche Gruppierungsunterschiede auf KH-Ebene aber stark abhängig vom jeweiligen Kodierverhalten in 2009 und 2010!

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Kindern

- Bis 2009: Kode nach Behandlungsdauer in Stunden differenziert
- Ab 2010: Kode nach Aufwandspunkten differenziert
- Eine 1:1 Überleitung der Codes ist unmöglich
- Überleitung orientiert sich am typischen aufwändigen Fall
- Die betroffenen DRGs E40A, E77A und G01Z sollen in G-DRG 2011 von einer vergleichbaren Zahl von Fällen erreicht werden wie im Kalkulationsjahr

Intensivmedizin bei Kindern

Überleitung 2009 → 2010/2011

| DRG | G-DRG 2009/2011 | G-DRG 2010/2011 | Minimale Behandlungs- dauer | Typische Behandlungs- dauer |
|------|--------------------|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| E40A | >72 Std. | >196 Pkt. | ≥ 2 Tage | ≥ 3 Tage |
| E77A | >72 Std. | >196 Pkt. | ≥ 2 Tage | ≥ 5 Tage |
| G01Z | >120 Std. | >392 Pkt. | ≥ 3 Tage | ≥ 5 Tage |

- Zudem sind KH-individuell weitere Abweichungen der Fallzahl der betroffenen DRGs von 2009 zu 2010/2011 möglich, auch aufgrund anderer Mindestmerkmale der Codes

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Noch nicht veröffentlicht: 2010/2011 → 2011

- Budgethinweise erst mit Veröffentlichung Def.-Handbuch und Grouperzertifizierung G-DRG 2011 (Ende Nov. 2011)
- Hinweise sind zu erwarten zu:
 - Geänderte ICD-Kodes Leukämien und Lymphome
 - Streichung der OPS-Kodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Leukämien und Lymphome

- Aktuelle Einteilung in der ICD-10 entsprach nicht mehr der klinisch angewandten Klassifikation
- Umfangreiche Änderungen der WHO für ICD-10-GM 2011 übernommen:
Schaffung von neuen Codes, Streichung von bestehenden Codes, Änderungen von In- und Exklusiva
- Hauptsächlich betroffener Codebereich in der ICD-10:
C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes ...
- Ggf. andere Kodierung einiger Erkrankungen

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Leukämien und Lymphome

- Keine 1:1 Überleitung der neuen auf die alten ICD-10 Codes möglich
- Überwiegender Anteil der Neuerungen für Gruppierungsalgorithmus unbedeutend
- Hauptsächlich von geänderter Gruppierung betroffene Basis-DRGs:
R61 Lymphom und nicht akute Leukämie
S62 Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit
- Umstellung behebt langfristig die teilweise – aufgrund nicht aktueller Klassifikation – bestehende Kodierproblematik

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Fixateur externe mit interner Osteosynthese

- Streichung der Codes im OPS 2011: stattdessen Erfassung von Einzelkomponenten (analog Materialkombinationen)
- Berücksichtigung dieser Streichung im G-DRG-System 2011: Gleiche Gruppierungsrelevanz von Kombinationscodes für Fixateur externe mit interner Osteosynthese und Einzelcodes Fixateur externe
- Mögliche Gruppierungsunterschiede auf KH-Ebene aber abhängig vom jeweiligen Kodierverhalten in 2009 und 2010!

Hinweise Leistungsplanung / Budgetverh.

Vorgehensweise für Sie im Krankenhaus

- Erbringen Sie diese Leistung überhaupt?
- Wie haben Sie diese in 2009 / 2010 verschlüsselt?
- Welche ergänzenden Informationsquellen können Sie nutzen, um die Leistungsmenge für 2011 besser abschätzen zu können (OP-Buch, Materialwirtschaft, Forschungsdaten...)?
- Die Informationen des §21-Datensatzes allein können Ihnen nicht weiterhelfen (sonst nähmen Ihnen die Übergangsgrouper Ihnen diese Arbeit ja ab)

Überleitung OPS Versionen 2010 auf 2011

Akuter Schlaganfall: andere neurol. Komplexbehandlung

- OPS Version 2011: Unterteilung nach Anwendung eines Telekonsildienstes sowie Definition der kontinuierlichen Einbindung des neurologischen Sachverständs
- Damit ab 2011 unterschiedlicher Leistungsinhalt der Neukodes
- Gegenwärtig nur 1:1 Überleitung der Codes gerechtfertigt
 - Nur solche Fälle mit Altkode in 2009 oder 2010 könnten in 2011 mit einem der beiden Neukodes verschlüsselt werden, wenn Definition der kontinuierlichen Einbindung erfüllt
- Zukünftig datengestützte Eingruppierung der Neukodes möglich

8-98b **Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls**

[...]

8-98b.0 Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden

.00 Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.: Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht. Ein Facharzt für Neurologie nimmt an den täglichen Visiten teil

.01 Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

Hinw.: Die kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands erfolgt dadurch, dass in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden ist und umgehend telemedizinisch am Krankenbett zur Verfügung steht. Jeder akute Schlaganfallpatient wird umgehend von einem Facharzt für Neurologie untersucht.

Die primäre neurologische Untersuchung erfolgt im Rahmen eines regionalen Netzwerkes durch einen Telekonsildienst einer überregionalen Stroke unit. Der Telekonsildienst muss 24 Stunden zur Verfügung stehen. Die Telekonsilärzte müssen für die Zeit des gesamten Telekonsildienstes von anderen klinischen Tätigkeiten freigestellt sein

Für die Schlaganfallbehandlung in den telekonsiliarisch betreuten Kliniken müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten
- Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators.
- Ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr
- Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität

[...]

Zusatzentgelte

Änderung / Streichung von Dosisklassen

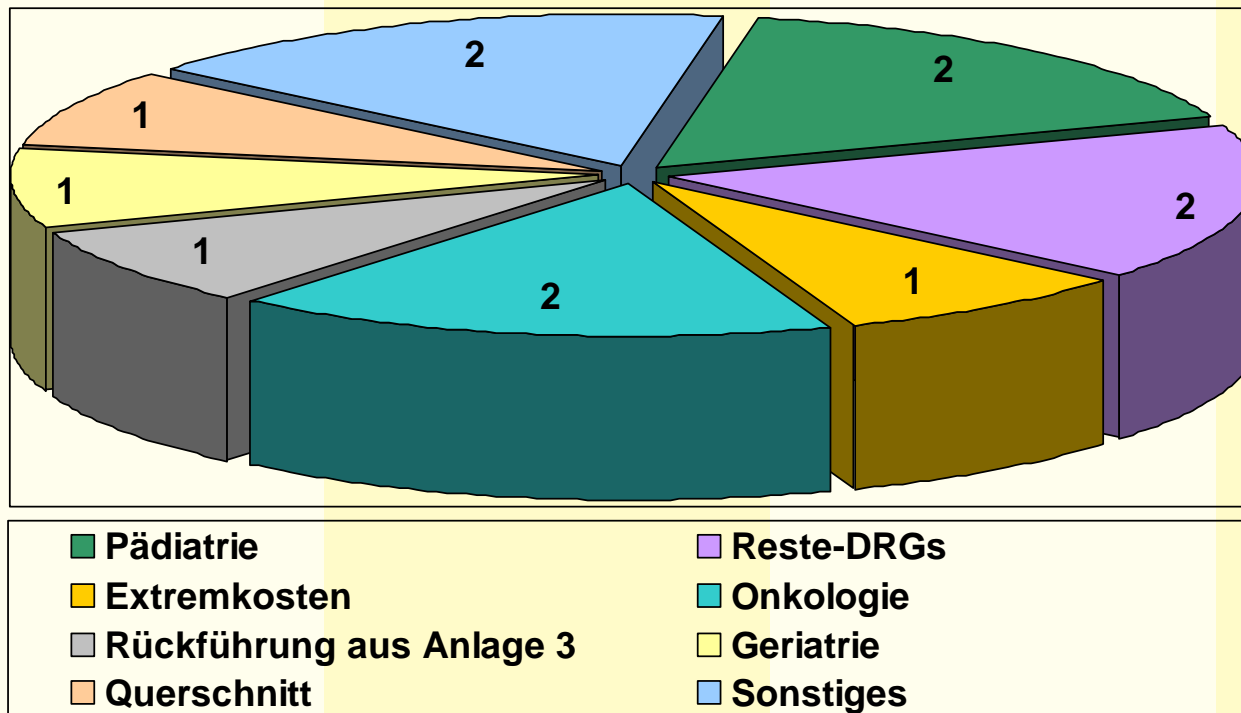
- ZE2011-85 *Gabe von Temsirolimus, parenteral:*
Veränderung der Dosisklassen inklusive
Einstiegsschwelle
(z.B. in 2011 untere Dosisklasse bei Erwachsenen 25 mg
bis unter 50 mg; vorher 30 mg bis unter 60 mg)
- ZE17 *Gabe von Gemcitabin, parenteral:*
Streichung der unteren vier Dosisklassen
(ZE in 2011 erst ab 8,5 g; vorher ab 2,5 g)
- ZE19 *Gabe von Irinotecan, parenteral:*
Streichung der unteren zwei Dosisklassen
(ZE in 2011 erst ab 400 mg; vorher ab 200 mg)

Agenda

4. Ergebnisse

Systemumbau: Reduktion um 6 DRGs

Etablierung von 11 neuen DRGs (Streichen von 17 DRGs)



Systemumbau: Streichung von DRGs

Ursachen

- Leerlaufende DRGs als Sortierergebnis
- Nicht mehr kostentrennende Alterssplits, z.B. > 75 Jahre
- Kaum noch belastbare PCCL-Bedingungen (z.B. PCCL > 2 bei in der gleichen Basis bereits existierendem Split PCCL > 3)
- Kostenunterschied nicht mehr nachweisbar
- R²-Verbesserung bei Streichung von DRGs
- Keine Kondensation von DRGs!

Anlage 3a (unbewertete DRGs)

- Rückführung aus Anlage 3a:
 - Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation (DRG B21B)
 - Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt (DRG B61A nach Split der DRG B61Z aus 2010)

Neue Zusatzentgelte Prozeduren

- Unbewertetes ZE → bewertetes ZE
 - Interspinöse Spreizer
 - Matrixinduzierte Chondrozytentransplantation
- NUB Status 1 → Unbewertetes ZE
 - Medikamentenbeschichtete Ballonkatheter
 - Wachstumsstents Lungenkreislauf (Aufn. in besteh. ZE)
- Neues unbewertetes Zusatzentgelt
 - Komplexe neuropädiatrische Diagnostik

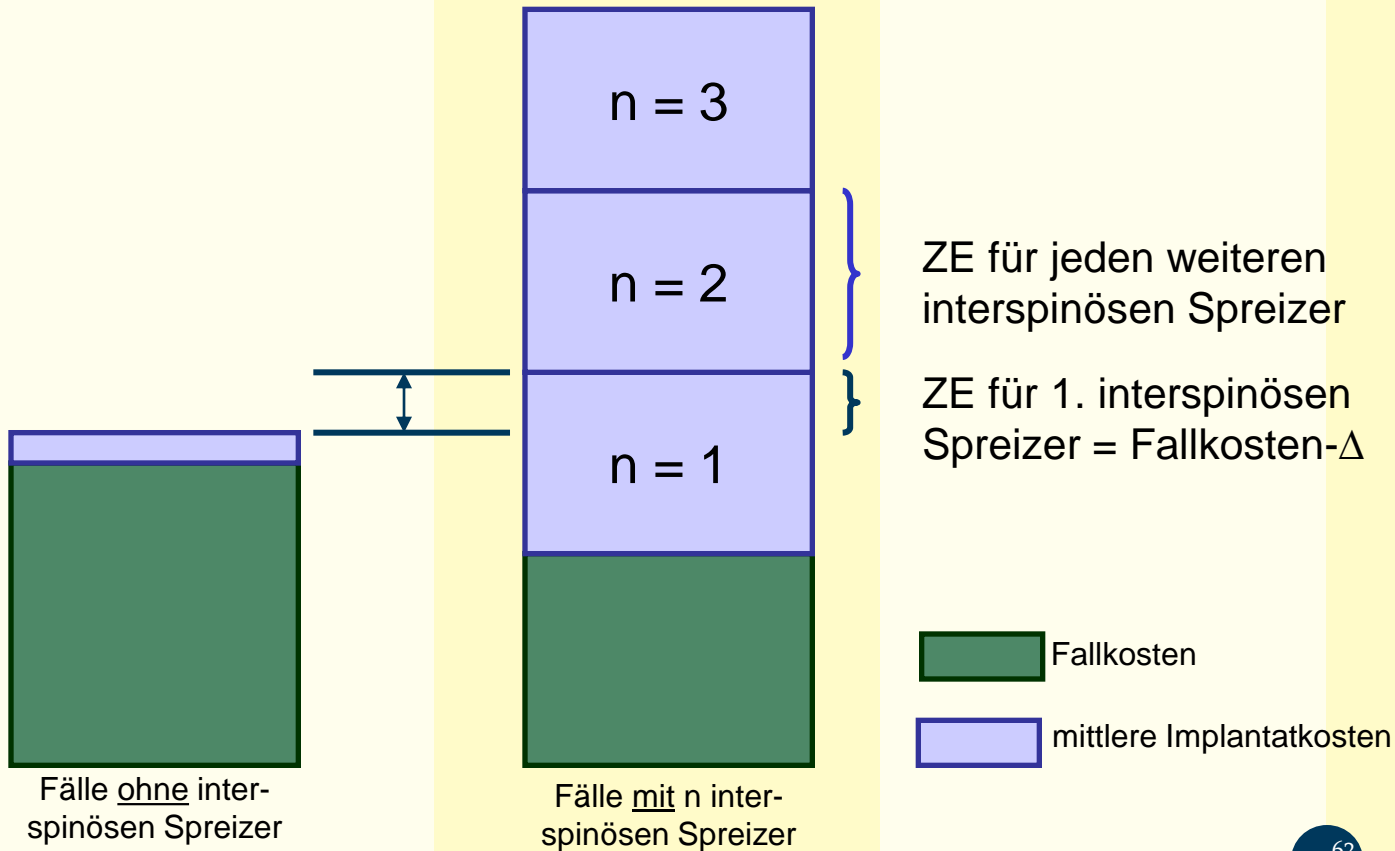
Zusatzentgelt interspinöser Spreizer

Ausgangslage

- Seit Jahren unbewertetes Zusatzentgelt
- Fälle sind in DRGs für wenig komplexe Wirbelsäuleneingriffe (I10D-F) abgebildet
- Dort typischerweise kürzere Verweildauer, aber höhere Implantatkosten
- Fallzahl und Krankenhausmix für Bewertung mehr als ausreichend

Kalkulation von Zusatzentgelten

Beispiel DRG I10F



Zusatzentgelt interspinöser Spreizer

Ergebnis für 2011

- Berechnungsmethode für 1 Implantat: **Δ Fallkosten** (Teilkompensation durch kürzere VWD)
- ZE-Betrag: 723,89 €
- Berechnungsmethode für jedes weitere Implantat: **Δ Implantatkosten \rightarrow 864,73 €**
- Auch bei Chondrozyten-Transplantation ähnliche Konstellation (mit sogar deutlich kürzerer VWD) und daher Kalkulation über Δ Fallkosten

Medikamentenbeschichtete Ballonkatheter

Ausgangslage

- NUB-Status 1 seit 2008
- Für 2010 im NUB-Verfahren von > 300 KH beantragt
- Alle Kriterien für Zusatzentgelt klar erfüllt
- Konkurrenzsituation zum medikamentenbeschichteten Stent
- Uneinheitliches Kostenbild erlaubt noch keine Bewertung des ZE oder klassifikatorische Abbildung
- Analog den medikamentenbeschichteten Stents dynamische Preisentwicklung zu erwarten

Medikamentenbeschichtete Ballonkatheter

Ergebnis für 2011

- Neues, unbewertetes Zusatzentgelt ZE2011-87
- Nur in Verbindung mit Ballondilatation der Koronargefäße
- Einsatz in peripheren Gefäßen bei kleinen Fallzahlen nicht kostenauffällig

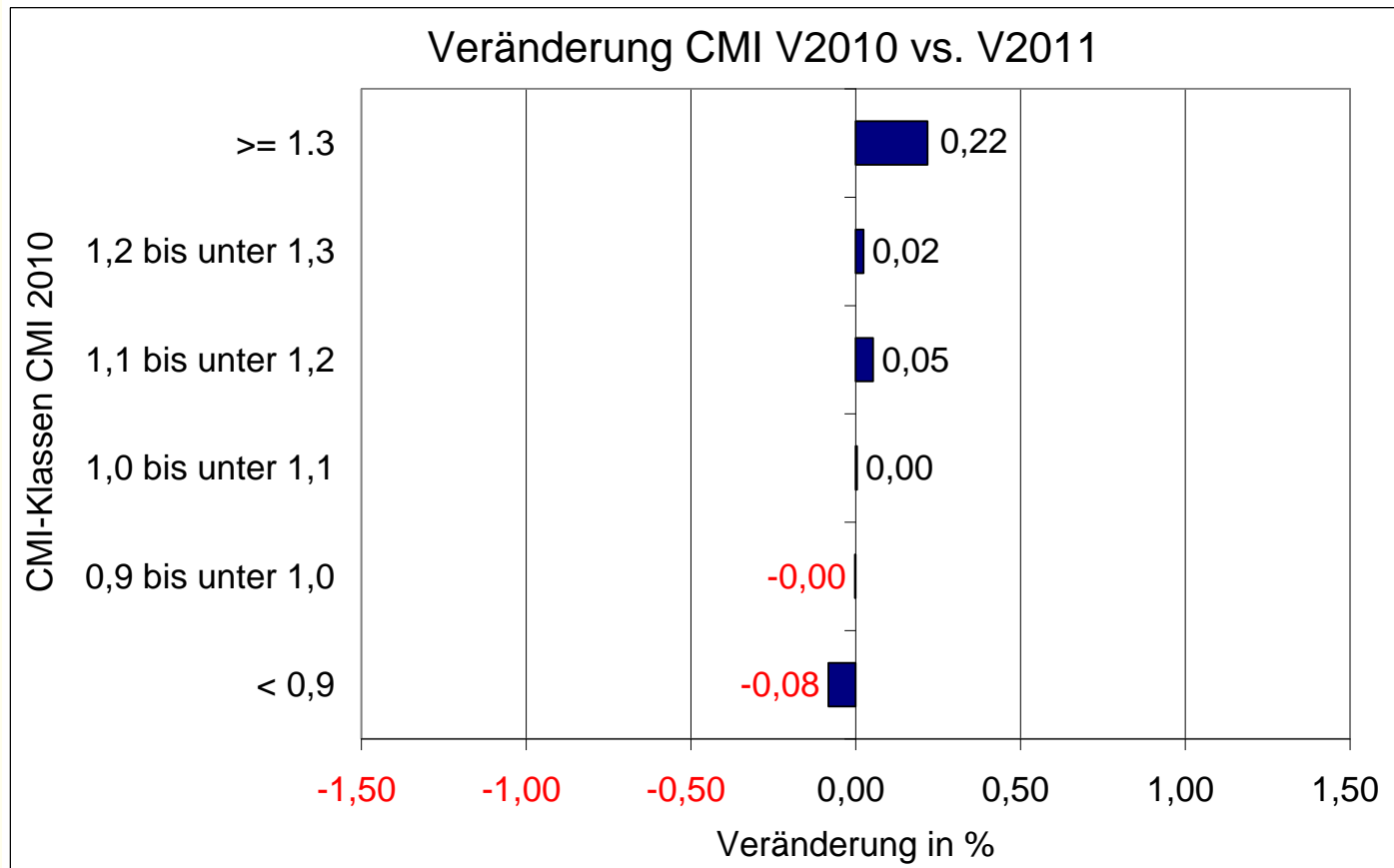
Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Datenbasis für 2011

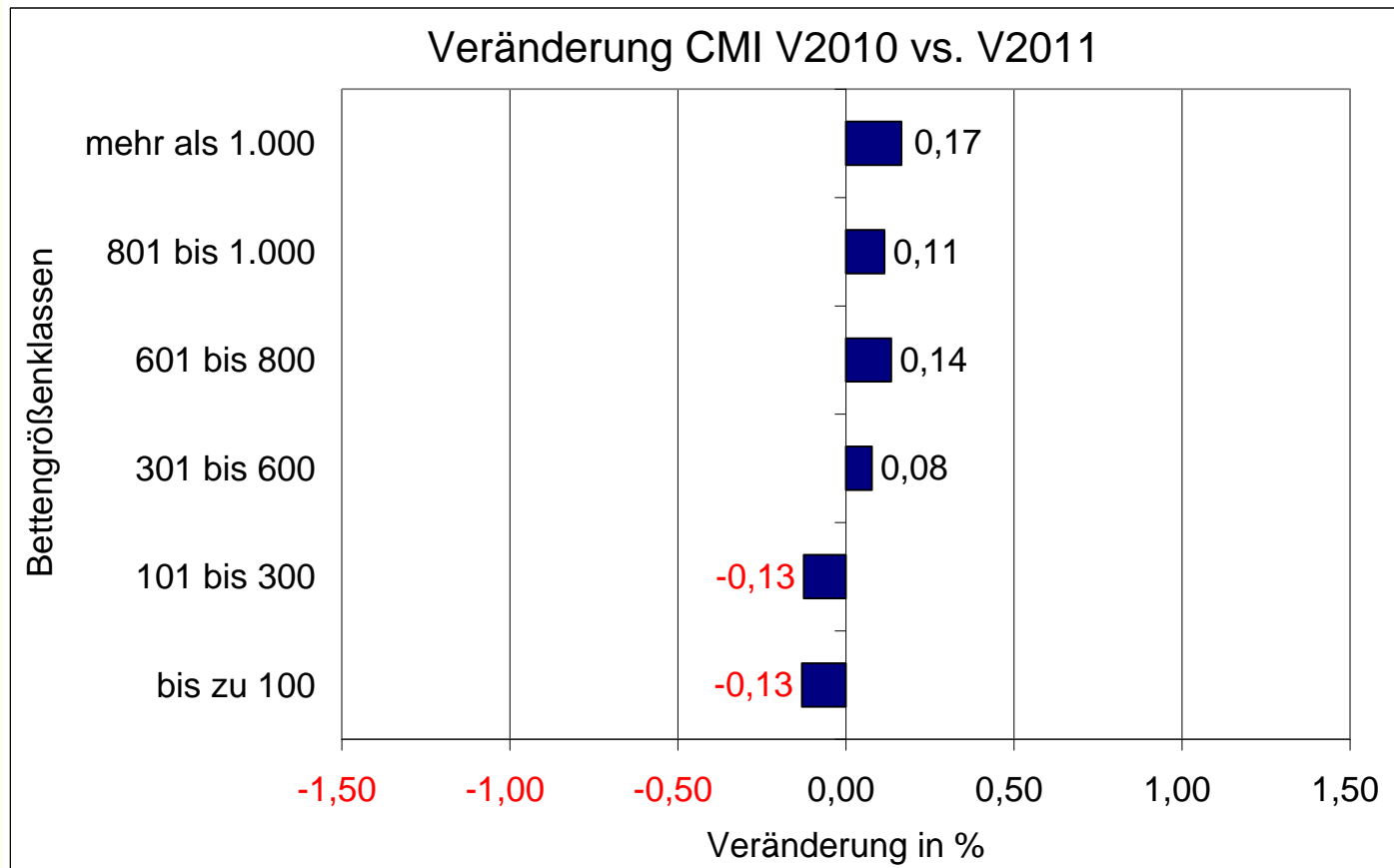
- Palliativ-Fälle* in § 21-Daten:
27.922 Fälle (Vorjahr 21.302) aus 424 Krankenhäusern (367)
- Eigens plausibilisierte Palliativ-Fälle* in Kalkulationsdaten:
4.790 Fälle (3.874) aus 86 Krankenhäusern (69)
- Dies entspricht 17,2% der Fälle (18,2%) bzw. 20,3% der Krankenhäuser (18,8%).

* Fälle mit OPS-Kode *Palliativmed. Komplexbehandlung* mit mindestens 7 Behandlungstagen

CMI-Analyse „Gewinner und Verlierer“



CMI-Analyse „Gewinner und Verlierer“



Verweildauer-Analyse

Mittlere Verweildauer, Hauptabteilung

§ 21-Daten 2007 vs. 2008 vs. 2009, G-DRG-System 2009

§ 21-Daten 2007: **7,46** Tage

§ 21-Daten 2008: **7,27** Tage (-0,19 Tage -2,5 %)

§ 21-Daten 2009: **7,12** Tage (-0,15 Tage -2,1 %)

Datenbasis: Rund 15,4 bzw. 15,8 bzw. 16,0 Mio. Fälle
(Daten 2007 bzw. 2008 bzw. 2009), med. plausibilisiert,
ohne explizite Ein-Belegungstag-/ nicht bewertete DRGs

Verweildauer-Analyse

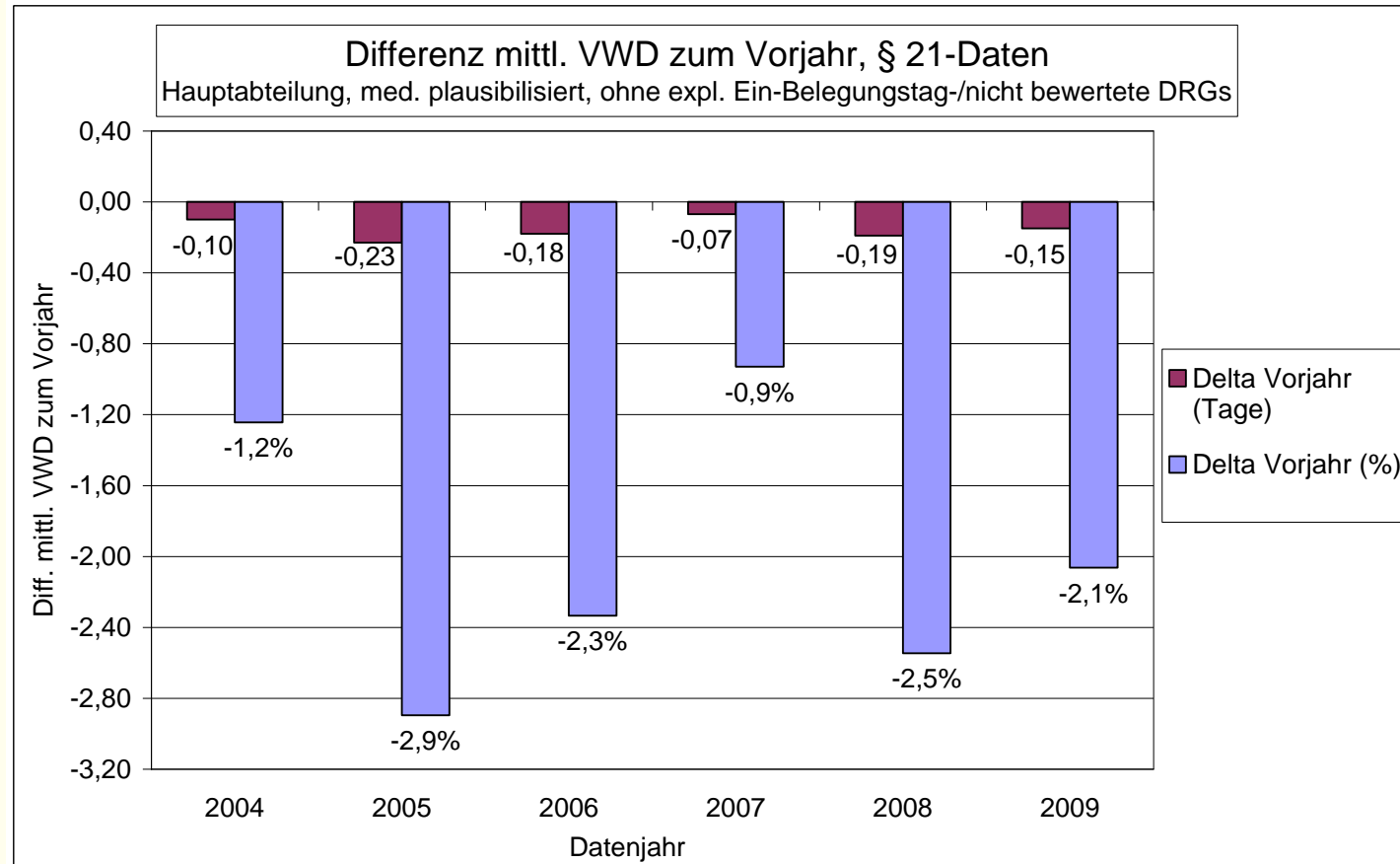
Entwicklung

Der Rückgang der mittleren Verweildauer setzt sich fort (Schwerpunkt bei den fallzahlstarken Leistungen).

Datenjahr 2008 zu Datenjahr 2009:

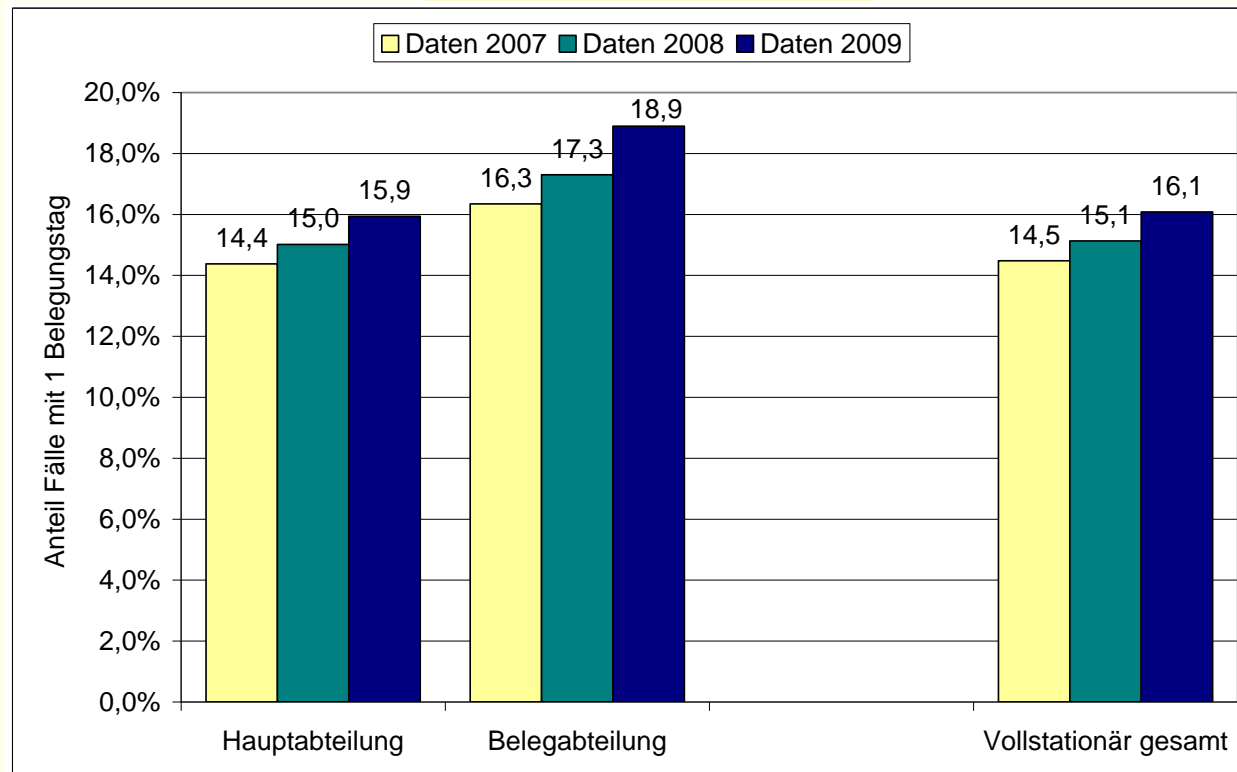
- Gesamt: Rückgang 0,15 Tage (entspricht 2,1%)
- 20 häufigste DRGs (> 1 Belegungstag):
 - Abdeckung: 23,5% aller Fälle
 - Rückgang 0,19 Tage (entspricht 3,7%)

Verweildauer-Analyse



Anteil Fälle mit 1 Belegungstag

Vollstationäre § 21-Daten



NUB (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)

Posteingang 1

| Anfragen bis zum 31.10. für das Jahr | 2011* | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|-------|-------|
| Anfragen gesamt | 12.073 | 11.348 | 11.141 | 7.954 | 6.234 |
| Formal angenommen | 11.648 | 10.744 | 9.892 | 7.289 | 5.332 |
| Stellvertretende Anfragen | 5.594 | 9.359 | 5.211 | 1.741 | 1.070 |
| Unterschiedliche Leistungen | 582 | 547 | 546 | 556 | 618 |
| Anzahl Krankenhäuser | 749 | 803 | 780 | 710 | 575 |

* Stand: 11.11.2010 (Bereinigung um Doppelungen ist noch nicht erfolgt)

NUB (§ 6 Abs. 2 KHEntgG)

Posteingang 2

| Leistungen | 2011* | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 |
|--------------------------------|-------|------|------|------|------|
| Mit 1-maliger Nennung | 198 | 181 | 189 | 210 | 344 |
| Mit 2-maliger Nennung | 77 | 81 | 79 | 81 | 71 |
| Mit mehr als 2-maliger Nennung | 307 | 285 | 278 | 265 | 203 |
| Spitzenantragssteller | 265 | 196 | 172 | 183 | 121 |

* Stand: 11.11.2010 (ohne Berücksichtigung der stellvertretenden Anfragen)

Agenda

5. Nächste Schritte

Nächste Schritte

- Vorabzertifizierung Grouper 2009/2011
- Zertifizierung Version 2009/2011 nach Spitzengespräch
- Definitionshandbuch 2009/2011
- Kommentierte Migrationstabelle
- Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung schrittweise
- Grouper und Definitionshandbuch 2010/2011 ca. Oktober
- Grouper und Definitionshandbuch 2011 bis Anfang Dezember

„Anfragen an das InEK“ in Zusammenhang mit dem G-DRG-System

- Beauftragung des InEK durch die Selbstverwaltungspartner
 - Entwicklung und Durchführung eines formalisierten und systematischen Verfahrens
 - Priorisierung der Anfragen nach Relevanz für das G-DRG-System
 - Beantwortung aus der neutralen Sicht des G-DRG-System-Entwicklers
- Eröffnung am 1. Oktober 2010 im Internet (www.g-drg.de)

„Anfragen an das InEK“ in Zusammenhang mit dem G-DRG-System

- Ziele des Verfahrens
 - Förderung der Akzeptanz des G-DRG-Systems
 - Qualitätsverbesserung der Ausgangsdaten für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems
 - Verminderung von Streitfällen in Bezug auf das G-DRG-Systems in Folge von (vermeintlichen) Lücken in den bestehenden Regelwerken
- Priorisierung der Anfragen: Ausrichtung des Verfahrens auf diese Ziele sowie auf Aufgabenbereich des InEK

„Anfragen an das InEK“ in Zusammenhang mit dem G-DRG-System

- „Die Stecknadel im Heuhaufen finden“:
 - genaue formale Anforderungen bei > 2000 Krankenhäusern, > 200 Krankenkassen, 15 MDKen...
 - Anfrageberechtigt: keine Gerichte und Rechtsanwälte
 - relevante Thematik: Ausschluss von eindeutig geregelten Sachverhalten, Unterstützungsleistungen,...
 - ausschließlich elektronisch: „Anfrage-Tool“
 - Pflicht-Angaben machen und beachten
- Voll- / teilinhaltliche Veröffentlichung der Anfragen möglich!

„Anfragen an das InEK“ in Zusammenhang mit dem G-DRG-System

- „Eine Schwalbe macht (k)eine Anfrage“
 - Einordnung des Anfrage-Themas (für das G-DRG-System wesentlich / Zuständigkeitsbereich des InEK)
 - bestehende Regelwerke (Studieren geht über Probieren)
 - Darlegung sämtlicher möglicher Lösungsalternativen (jede Medaille hat zwei Seiten)
 - Kontext (manifeste Streitfall oder Grundsatzfrage)
 - Relevanz (über den eigenen Tellerrand sehen)
- Rückfragen und Nachfragen nicht vorgesehen!

„Anfragen an das InEK“ in Zusammenhang mit dem G-DRG-System

- „Den Wald und lauter Bäume sehen“
 - fehlerhafte Anfragen: Zurücksendung (Hinweismeldung)
 - korrekte Anfrage: Bestätigung (Verfahrensnummer)
 - Bearbeitung in Reihenfolge der Priorität
 - Rück- oder Nachfragen nicht vorgesehen
 - keine Frist zur Answererstellung (*schnellst möglich!*)
 - ausschließlich elektronische Beantwortung
- Aufbau einer Datenbank mit FAQs zu relevanten Themen

Agenda

7. Ausbildungskostenkalkulation

Ausbildungskostenkalkulation

Ausbildungsstätten (nur zu Typ A und B)

| | Deutschland (\$21-Daten) | Kalkulation |
|------------------------|-----------------------------|-------------|
| Baden-Württemberg | 86 | 12 |
| Bayern | 98 | 18 |
| Berlin | 12 | 2 |
| Brandenburg | 13 | 3 |
| Bremen | 5 | 1 |
| Hamburg | 7 | - |
| Hessen | 54 | 2 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 12 | - |
| Niedersachsen | 83 | 22 |
| Nordrhein-Westfalen | 130 | 20 |
| Rheinland-Pfalz | 44 | - |
| Saarland | 9 | 1 |
| Sachsen | 24 | 2 |
| Sachsen-Anhalt | 21 | 2 |
| Schleswig-Holstein | 23 | - |
| Thüringen | 8 | - |
| Gesamt | 629 | 85 |

Ausbildungskostenkalkulation

Ausbildungsstätten nach Berufen (nur zu Typ A und B)

| | Hebamme | | Krankenpflege | | Kinderkrankenpflege | | Krankenpflegehilfe | |
|------------------------|-----------|-------------|---------------|-------------|---------------------|-------------|--------------------|-------------|
| | §21-Daten | Kalkulation | §21-Daten | Kalkulation | §21-Daten | Kalkulation | §21-Daten | Kalkulation |
| Baden-Württemberg | 9 | 2 | 78 | 12 | 19 | 4 | 9 | - |
| Bayern | 5 | 2 | 88 | 16 | 21 | 7 | 10 | 2 |
| Berlin | 2 | - | 12 | 2 | 3 | - | - | - |
| Brandenburg | 1 | - | 12 | 3 | 2 | - | 2 | - |
| Bremen | 1 | - | 5 | 1 | 1 | - | - | - |
| Hamburg | - | - | 5 | - | 3 | - | - | - |
| Hessen | 4 | - | 49 | 2 | 10 | - | 9 | 1 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 2 | - | 12 | - | 3 | - | - | - |
| Niedersachsen | 8 | 3 | 77 | 20 | 17 | 7 | 5 | 3 |
| Nordrhein-Westfalen | 9 | - | 117 | 20 | 37 | 5 | 16 | 1 |
| Rheinland-Pfalz | 3 | - | 43 | - | 10 | - | 6 | - |
| Saarland | 1 | - | 8 | 1 | 3 | - | - | - |
| Sachsen | 4 | 1 | 23 | 2 | 6 | - | 4 | 1 |
| Sachsen-Anhalt | 2 | - | 18 | 2 | 3 | - | 6 | 1 |
| Schleswig-Holstein | 1 | - | 21 | - | 4 | - | - | - |
| Thüringen | - | - | 8 | - | - | - | - | - |
| Gesamt | 52 | 8 | 576 | 81 | 142 | 23 | 67 | 9 |

Ausbildungskostenkalkulation

Kalkulationsbedingungen

Für eine sachgerechte Kalkulation grundsätzlich Beschränkung auf

- Ausbildungsstätten vom Typ A
(nur Schüler des eigenen Krankenhauses, vollständige Kosteninformation)
- Ausbildungsstätten vom Typ B
(Schüler für das eigene und für fremde Krankenhäuser, vollständige Kosteninformation für Ausbildungsstätte, aber nur Kosten für praktische Ausbildung im eigenen Krankenhaus)

A05: Gesundheits- und Krankenpfleger/in

n = 55 von 441 Ausbildungsstätten in Typ A („nur eigene Schüler“), Kosten je Platz ungewichtet

| | Mittelwert | Median | Standard- abweichung | Minimum | Maximum |
|--|--------------|--------------|-------------------------|--------------|---------------|
| Theoretischer und praktischer Unterricht | 3.702 | 3.619 | 698 | 2.405 | 5.385 |
| Praktische Ausbildung | 3.289 | 3.225 | 727 | 1.953 | 4.667 |
| Sachaufwand der Ausbildungsstätte | 471 | 412 | 232 | 110 | 1.178 |
| Gemeinkosten | 1.866 | 1.778 | 723 | 699 | 3.819 |
| Total | 9.327 | 9.329 | 1.314 | 6.308 | 13.320 |

A06: Gesundheits- u. Kinderkrankenpfleger/in

n = 19 von 132 Ausbildungsstätten in Typ A („nur eigene Schüler“)
Kosten je Platz ungewichtet

| | Mittelwert | Median | Standard- abweichung | Minimum | Maximum |
|--|---------------|---------------|-------------------------|--------------|---------------|
| Theoretischer und praktischer Unterricht | 4.459 | 4.243 | 973 | 2.937 | 7.036 |
| Praktische Ausbildung | 3.683 | 3.793 | 894 | 1.830 | 5.123 |
| Sachaufwand der Ausbildungsstätte | 509 | 471 | 249 | 192 | 1.075 |
| Gemeinkosten | 2.203 | 2.022 | 975 | 628 | 4.005 |
| Total | 10.854 | 10.340 | 1.660 | 8.659 | 14.450 |

Ausbildungskostenkalkulation

Beispielhafte strukturelle Informationen zur Kalkulation

Vertragliche Basis hauptamtlicher Lehrkräfte

| Tarifvertrag | Anzahl Ausbildungsstätten | rel. Anteil |
|---------------------|------------------------------|-------------|
| öffentlicher Dienst | 33 | 56,9% |
| kirchliche Verträge | 22 | 37,9% |
| Haustarifvertrag | 3 | 5,2% |
| Gesamt | 58 | |

Ausbildungskostenkalkulation

Mehrkosten der Ausbildungsvergütungen

- Einzelüberprüfungen der Angaben zu den Ausbildungsvergütungen und den durchschnittlichen Personalkosten je examinierter Vollkraft zeigen:
- Übermittlungsvorgaben für § 21-Daten von den wenigsten korrekt erfüllt
- Angaben häufig nicht nachvollziehbar

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**