

# Entwicklung des G-DRG-Systems

## Informationen aus dem InEK

„Anpassung des DRG-Vergütungssystems für 2004“

26. Deutscher Krankenhaustag

Düsseldorf, den 20. November 2003

Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer InEK gGmbH

# Vorgaben der Erstkalkulation

## Datenqualität ?!

- Geringe Fallzahl
- Medizinisch unplausible Daten
- Daten im Widerspruch zu Kodierrichtlinien
- Keine Universitätskliniken
- Widerspruch Leistungsdaten zu Kostendaten
- „Handwerkliche Fehler“
- Keine Prüfung auf Repräsentativität
- Keine Einbindung des externen Sachverständigen

## Kalkulation für das Jahr 2004

- 271 bestehende Verträge
- Datenlieferung von 144 Krankenhäusern, davon
- 12 Universitätsklinika
- mit 2,9 Millionen Fällen (rd. 17% der GG), davon:
- 2,1 Millionen ausgewertete vollstationäre Fälle
- aus 137 Krankenhäusern

## Handwerkliche Änderungen

- Arithmetisches Mittel der VWD
- Arithmetisches Mittel der Kosten
- Kein trimming
- Vergleich der Verteilungen von Inliern vs. „alle Fälle“
- Einzelfallanalyse
- Einzelkostenanalyse (Implantate...)

## Datenlieferung nach § 21 KHEntgG

- |   |                |
|---|----------------|
| ➤ Ganzjahresdaten 2002                        | 1778 Häuser    |
| ➤ Anzahl der Datenlieferungen je Krankenhaus: | 1-4            |
| ➤ Übermittelte Fälle                          | 17,9 Millionen |
| ➤ Geschätzter Anteil aller Fälle              | > 95 %         |
| ➤ Abgewiesene Fälle                           | 1,4 %          |

Stand 08.08.2003

## „Strukturierter Dialog“

### Ziele:

- Alternativer Pfad zur datengetriebenen Weiterentwicklung der Klassifikation
- Schärfung des Problembewusstseins für die Datenanalyse

### Bearbeitung:

- Priorisierung anhand Potenzials zur Klassifikationsverbesserung
- Umsetzung abhängig vom Analyseergebnis

# Vorschlagsverfahren

## Übersicht

- 170 Vorschläge von Fachgesellschaften und Verbänden
- 60 Vorschläge von Einzelpersonen
- Jeder Vorschlag besteht aus 1 – 350 Einzelvorschlägen
- Insgesamt lagen in etwa 2000 Einzelvorschläge vor

# Vorschlagsverfahren

## Erfolgsaussichten

- 814 Vorschläge teilweise mehrfach berechnet
- 251 ganz oder teilweise umgesetzt
- Alle berechenbaren Vorschläge wurden mehrfach geprüft !!

# Vorschlagsverfahren

## Erfolgsaussichten

- Konkrete Problembeschreibung
- Konkrete, umsetzbare Lösungs-/Änderungshinweise
- Daten liegen vor
- Im Gesamtsystem die beste Lösung
- Fallzahl primär unbedeutend !

## Kondensation und Diversifikation

- Rückführung der 664 DRGs auf 440 K-DRGs
- Überprüfung aller australischer Splits vs.
- Standardsets (über 1.000 Simulationen je DRG) vs.
- Vorschläge aus strukturiertem Dialog vs.
- Vorschläge des InEK

# Kondensation und Diversifikation

## Ergebnisse (Referentenentwurf / Endversion)

- 804 / 824 abrechenbare DRGs des Hauptabteilungskatalogs
- 12 / 18 DRGs in Anlage 3 der KFPV
- 2 Fehler-DRGs
- 176 neue DRGs
- 16 DRGs gestrichen
- Bei 126 DRGs Änderung bestehender Splitkriterien
- 290 DRGs mit Kodeverschiebungen
- 20 / 25 Zusatzentgelte § 6 Abs. 1 KHEntgG
- 1 Zusatzentgelt mit ausgewiesener Höhe

# Kondensation und Diversifikation

## Änderungen zum Referentenentwurf

Zusätzlich:

- 16 abrechenbare DRGs des Hauptabteilungskatalogs
- 6 DRGs in Anlage 3 der KFPV
- 5 Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG  
(Retransplantationen, DE-Stents, Schwerstbehinderte,  
Zwerchfellstimulatoren, Fremdbezug Stammzellen)

## Tagesfall

- 46 Ein-Belegungstag-DRGs
- 1 Sameday-DRG
- Etablierung bei erheblichen Kostenunterschieden zu Standard-DRG mit Abschlag
- entsprechende Vereinfachung der Kodierrichtlinien

## Frührehabilitation/Geriatrie

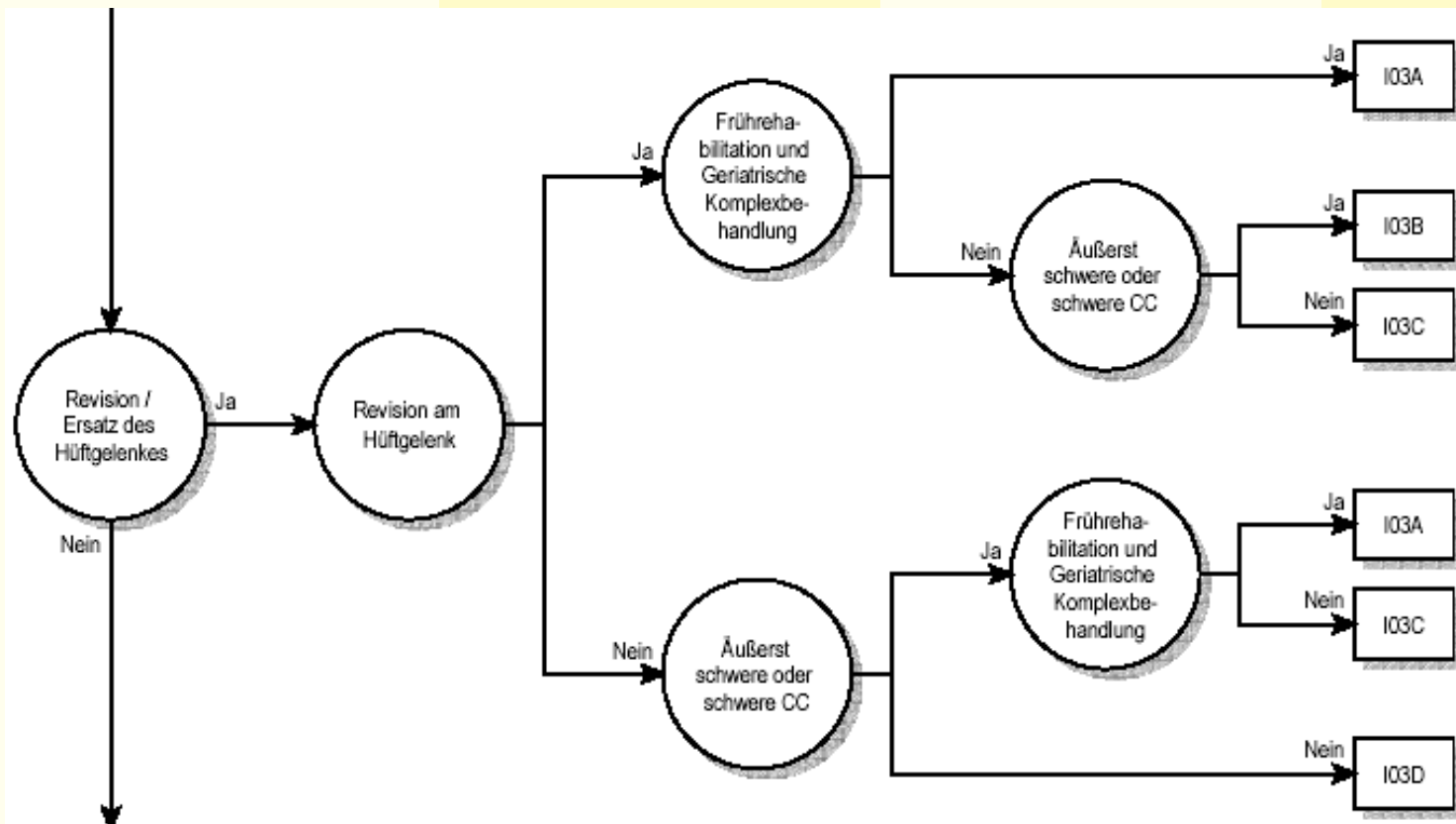
- 10 neue DRGs für Frührehabilitation
- 5 neue DRGs für Geriatrie
- 22 Splits bei höherem Alter
  
- Problem: Frühreha im selben KH nach OP
- Frühreha nach Polytrauma herausgenommen

# Frührehabilitation/Geriatrie

## Änderungen zum Referentenentwurf

- Jetzt 9 weitere neue DRGs für Frührehabilitation/Geriatrie
- Jetzt 3 weitere neue DRGs für Frührehabilitation
- Jetzt 1 weitere neue DRG für Geriatrie
- Davon 4 DRGs ausgenommen (Anlage 3)
- Also 10 DRGs für Frührehabilitation im selben KH nach OP
- Und 3 DRGs für Diabetes u.ä. mit Frühreha
- 1 DRG für „Wachkoma-Patienten“ in Prä-MDC

# Frührehabilitation/Geriatrie



## Kriterien für eine Herausnahme gemäß § 6 Absatz 1 KHEntgG

- Homogenität aller Fälle bzw. der Inlier
- Mindestfallzahl
- Streuung der Verweildauer
- Möglichkeit einer trennscharfen und präzisen Zuordnung anhand der bestehenden Kataloge verbunden mit bestimmten Kodierrichtlinien

## Varianzreduktion $R^2$

Um die Verbesserung des DRG-Systems (durch Hinzunahme neuer Fallgruppen, Umsortierung von Fällen usw.) im Hinblick auf die Kostenhomogenität messen zu können, wird als statistisches Maß für die Varianzreduktion das Verhältnis zwischen Gesamtstreuung und Streuung innerhalb der Gruppen verwendet.

# Überleitung auf die neuen Kataloge

## Klassifikatorische Überleitung (1)

- Alter Code (ICD-10-SGB V, Version 2.0)
  - I50.1 *Linksherzinsuffizienz*
- Neue Codes (ICD-10-GM, Version 2004)
  - I50.11 bis .14 *Linksherzinsuffizienz, NYHA-Stadien 1-4*
  - I50.19 *Linksherzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet*
- Alle Neukodes werden im Definitionshandbuch 2004 wie der Altkode im Definitionshandbuch 2003/2004 behandelt (einschließlich CC-Wert)

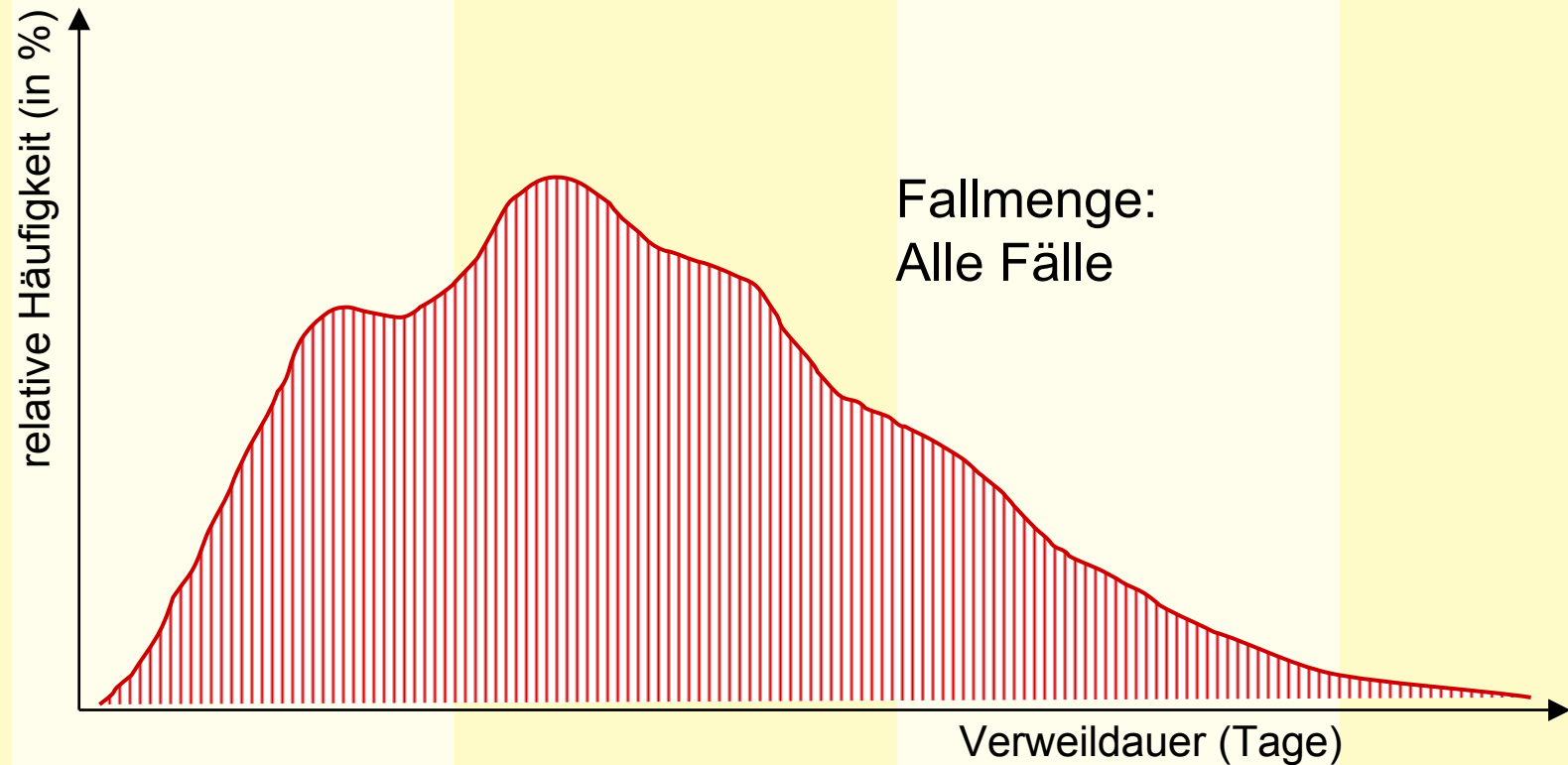
## Ökonomische Überleitung (2)

- Alter Code (OPS-301, Version 2.1)
  - 8-551 *Frühreha., (mind. 10 Behandlungstage)*
- Neue Codes (OPS-301, Version 2004)
  - 8-551.0 *Frühreha., Kurzbehandlung (7-13d)*
  - 8-551.1 *Frühreha., Regelbehandlung (14-20d)*
  - 8-551.2 *Frühreha., Langzeitbehandlung (>20d)*
- Ökonomisch begründet werden nur die Neukodes .1 und .2 (ab 14 Behandlungstagen) im Definitionshandbuch 2004 anstelle des Altkodes berücksichtigt

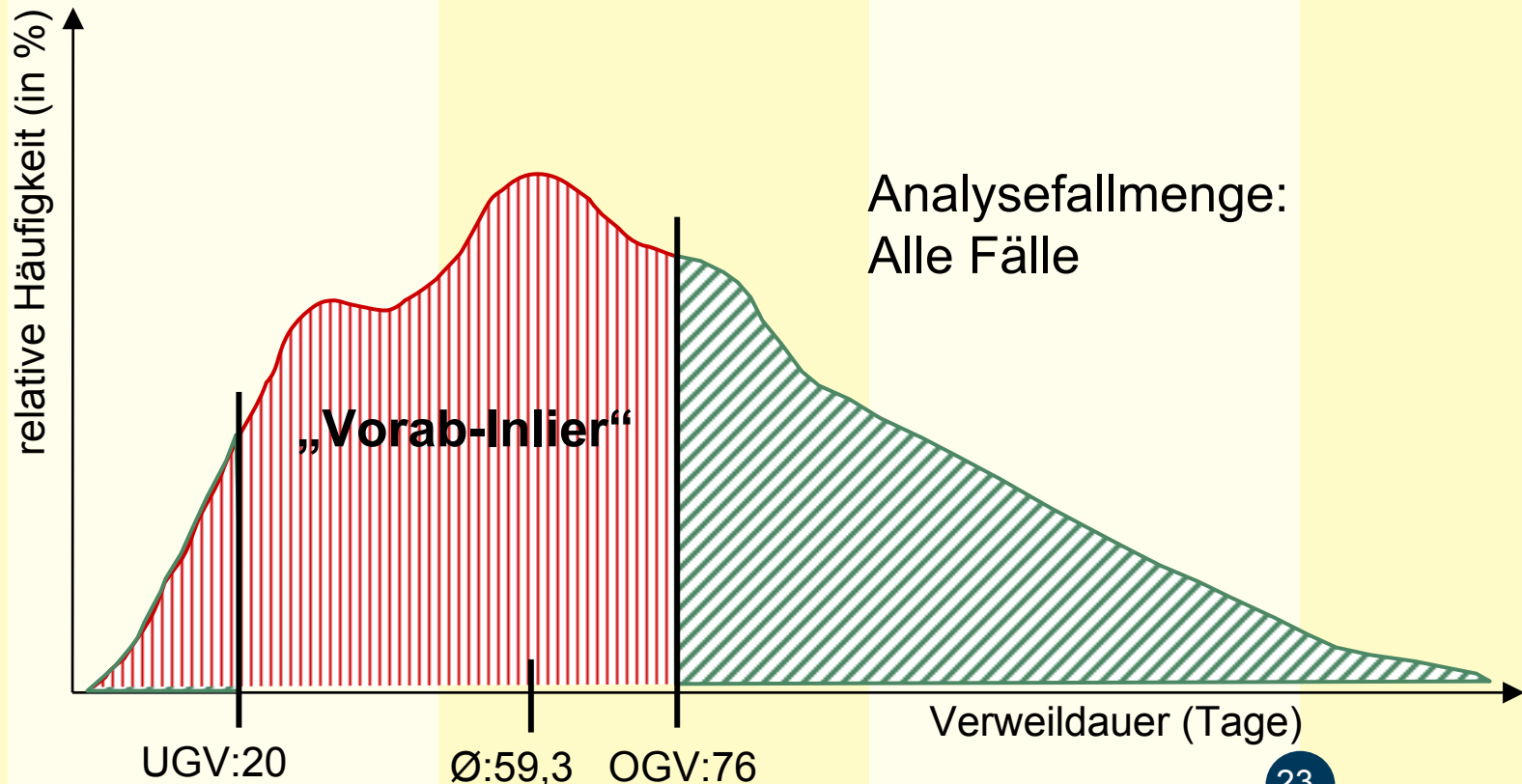
## Am Grupperalgorithmus orientierte Überleitung (3)

- Alter Code (ICD-10-SGB V, Version 2.0)
  - T86.88 *Versagen und Abstoßung sonstiger transplant. Organe und Gewebe: Sonst. transplant. Organe u. Gewebe*
- Neuer Code (ICD-10-GM, Version 2004)
  - T86.83 *Versagen und Abstoßung sonstiger transplantierte Organe und Gewebe: Hornhauttransplantat des Auges*
- Neukode soll wie die Hornhaut(re)transplantation in MDC02 (KH und Störungen des Auges) abgebildet werden ⇨ Abweichen von der klassifikatorischen Überleitung

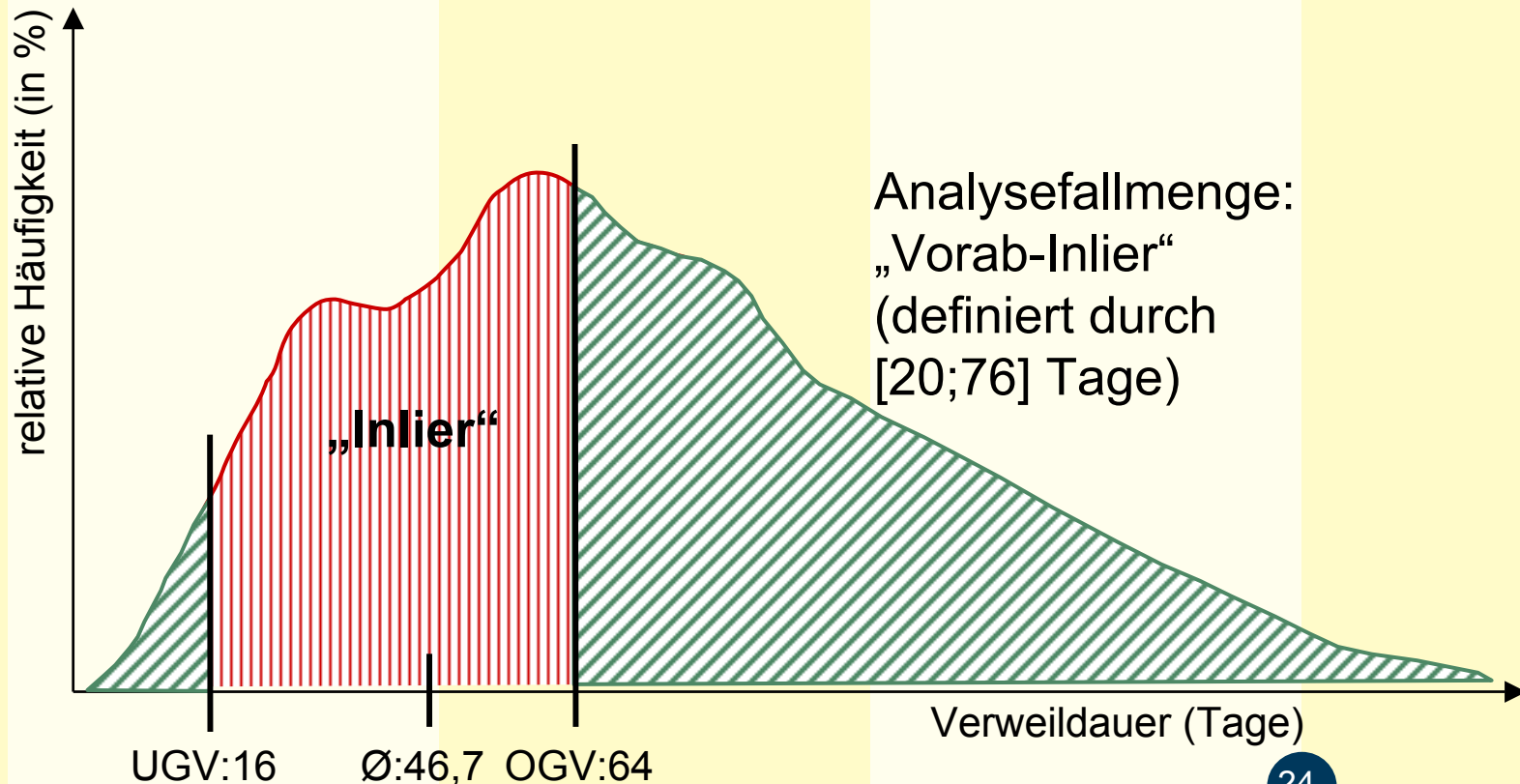
# Häufigkeitsverteilung Verweildauertage



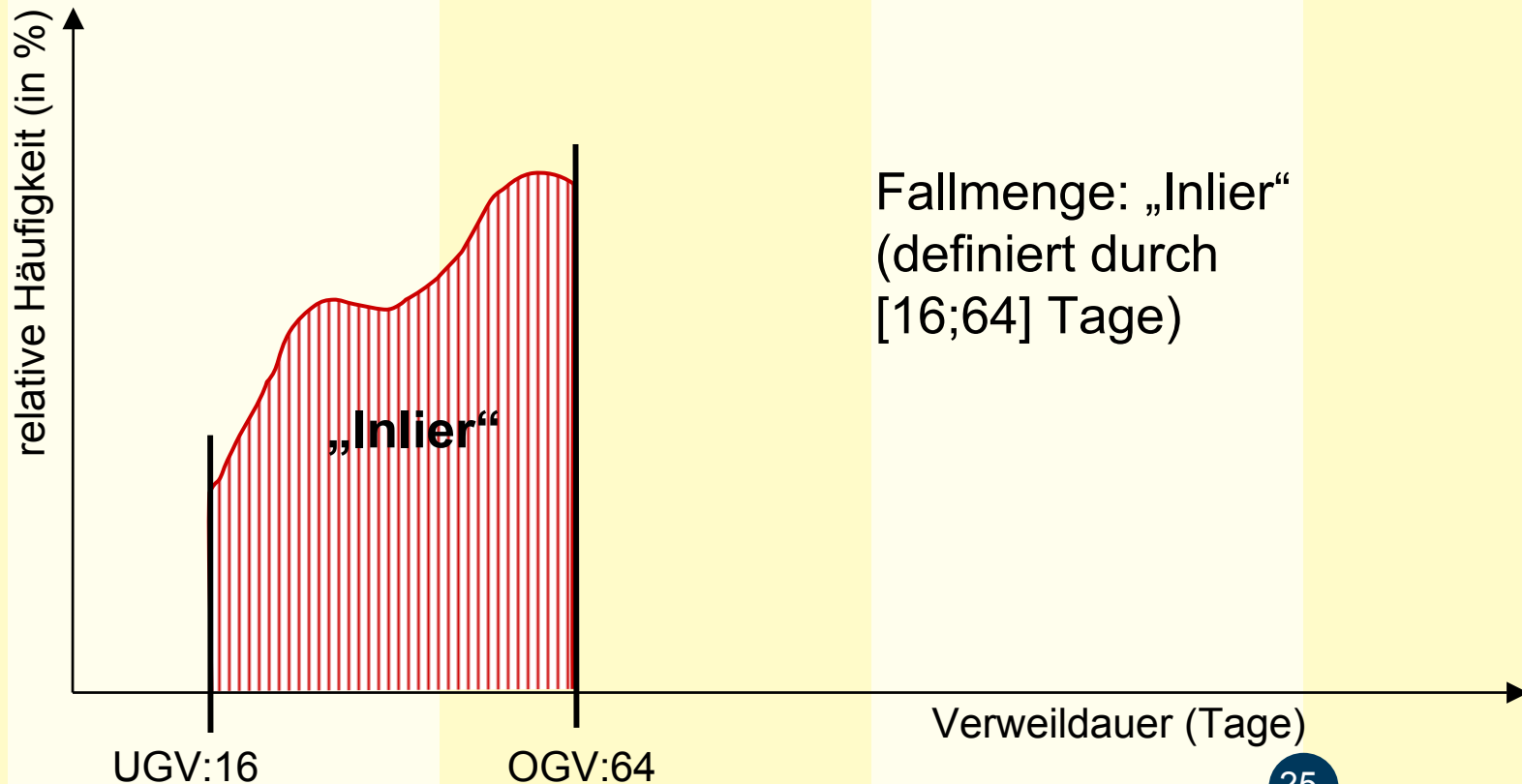
# Häufigkeitsverteilung Verweildauertage



# Häufigkeitsverteilung Verweildauertage



# Häufigkeitsverteilung Verweildauertage



## Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung für 2004

- Chemotherapie (Z51.1 oder Z51.2)
- Strahlentherapie (Z51.0)
- Maschinelle Beatmung (Beatmungstunden)
- In 2004 erstmals ungültige Hauptdiagnosen
- Vitrektomien als alleinige Operation
  
- Weiteres unter: [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)

## Ausblick auf die nächsten Monate

### Was kommt noch?

- Beantwortung „strukturierter Dialog“ bis 15.12.2003
- Verordnung Besondere Einrichtung
- Kalkulationsdaten (-bank) in 1-2 Wochen
- Grouper 2004 zertifiziert bis Ende November 2003
- Kalkulationsbericht bis 15.12.2003

## Fazit der Änderungen

- **Vieles neu !**
- **Vieles anders !**
- **Manches besser !**

# Kontakt



**InEK gGmbH**  
**Auf dem Seidenberg 3**  
**53721 Siegburg**

**Tel: +49 (0) 22 41 / 93 82 0**  
**Fax: +49 (0) 22 41 / 93 82 35**  
**Mail: [info@InEK-DRG.de](mailto:info@InEK-DRG.de)**  
**Internet: [www.G-DRG.de](http://www.G-DRG.de)**

**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**