

# Diagnosis Related Groups

optional seit 1. Januar 2003 auch in Deutschland

Arbeitskreis sozialmedizinisch interessierter Ärzte

am

Dienstag, den 14. Januar 2003

in der

Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg

## Aktueller Stand

- Das neue Entgeltsystem „DRG“ ist optional zum 1.1.2003 in Deutschland zur Abrechnung vollstationärer Fälle eingeführt worden.
- Im Übergangszeitraum (2004 – 2006) erfolgt eine schrittweise Anpassung an bundesweit geltende Werte.

## Was sind DRGs?

- **Patientenklassifikationssysteme**
- **primär möglichst kostenhomogene Fallgruppen**
- **sekundär Beachtung der medizinischen Plausibilität**

## Warum DRGs ?

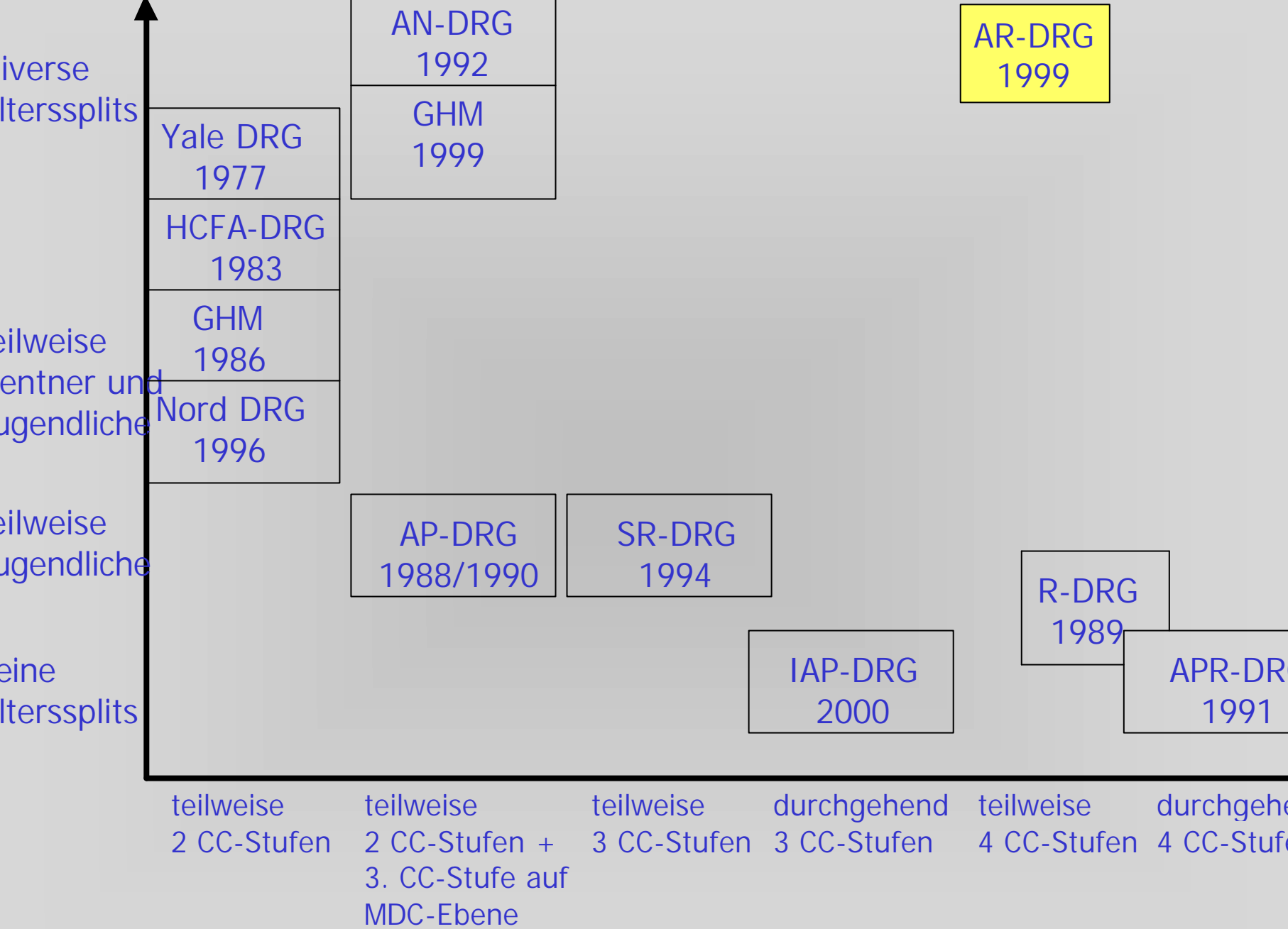
- **Kostendruck**
- **Verknappung der Mittel**
- **Vergleichbarkeit**
- **Verteilungsgerechtigkeit**
- **Wettbewerb**

Diagnosis Related Groups: optional seit 1. Januar 2003 auch in Deutschland

# Entwicklung der DRGs

## Internationale DRG-Erfahrungen

Land	Einführung	System	Grund der Einführung
USA	1983	HCFA-, AP-APR-DRG	Kostenreduktion
Schweiz	1998	AP-DRG	Verbesserte Ressourcenzuteilung, Kapazitätsplanung
Italien	1995	HCFA-DRG	Kontrolle Ausgabensteigerung
Schweden	1992	AP-DRG	Produktivitätssteigerung durch Wettbewerbsstrukturen
Portugal	1990	HCFA-DRG	Anreiz zu effizienter Ressourcenallokation
Australien	1998	AR-DRG	Weiterentwicklung des seit 1991 bestehenden AN-DRG-Systems



Diagnosis Related Groups: optional seit 1. Januar 2003 auch in Deutschland

## Warum AR - DRGs ?

- **vordergründig:** modernstes System, das besonders den ärztlichen Anforderungen der Abbildung des klinischen Schweregrades in den DRG-Fallgruppen entgegenkam.
- **hintergründig:** das System das höchste Kostenhomogenität in den Fallgruppen garantiert.

## DRGs / Basics

**Relativgewicht** = durchschnittliche ökonomische Fallschwere einer DRG-Bewertung des durchschnittlichen „Falles“ / Aufwandes mit 1,0 (mittleres Gewicht)

**Case-Mix** = Summe der Relativgewichte aller innerhalb einer Zeiteinheit erbrachten DRGs

**Case-Mix-Index (CMI)** = Case-Mix / Zahl der Fälle

**Basisrate (Base rate)** = DRG-Budget / (CMI x Fallzahl)

## Grundstrukturen AR - DRG

- 661 Fallgruppen , davon 409 Basisfallgruppen, 23 **MDCs**
- 112 Altersplits
- Aufteilung in
  - ⇒ operativ
  - ⇒ konservativ
  - ⇒ sonstige / andere

**AR - DRG's Version 4.1,**  
**MDC-Liste**

<i>MDC</i>	<i>Code</i>	<i>Bezeichnung</i>
Pre-MDC	A	Sondergruppen
MDC 01	B	Nervensystem / B01Z - B81B
MDC 02	C	Auge / C01Z - C63B
MDC 03	D	HNO / D01Z - D67Z
MDC 04	E	Atmungsorgane / E01A - E75C
MDC 05	F	Kreislaufsystem / F01Z - F75C
MDC 06	G	Verdauungsorgane / G01A - G70B
MDC 07	H	Leber, Galle und Pankreas / H01A - H64B
MDC 08	I	Muskel, Skelett und Bindegewebe / I01Z - I76C
MDC 09	J	Haut, Subcut. Gewebe undMamma/ J01Z - J67B
MDC 10	K	Hormonelle und Stoffwechselerkrankungen / K01Z - K64B
MDC 11	L	Nieren und Harnwege / L01A - L67C
MDC 12	M	Männliche Geschlechtsorgane / M01Z - M64Z

## AR - DRG'S Version 4.1, MDC-Liste

<i>MDC</i>	<i>Code</i>	<i>Bezeichnung</i>	<b>MDC-Liste</b>
MDC 13	N	Weibliche Geschlechtsorgane /	N01Z - N62B
MDC 14	O	Schwangerschaft und Geburt /	O01A - O65B
MDC 15	P	Neugeborene /	P01Z - P67D
MDC 16	Q	Blut und blutbildende Organe /	Q01Z - Q62B
MDC 17	R	Neubildungen (hämatologische und solide) /	R01A - R64Z
MDC 18	S	Infektionen und parasitäre Erkrankungen (HIV) /	(S60Z - S64B)
18	T	Infektionen und parasitäre Erkrankungen /	(T01A - T64B)
MDC 19	U	Psychische Erkrankungen /	U40Z - U68Z
MDC 20	V	Alkohol und Drogenmißbrauch /	V60Z - V64Z
MDC 21	W	Verletzungen und Vergiftungen (Polytrauma) /	(W01Z - W61Z)
21	X	Verletzungen und Vergiftungen /	(X01Z - X64B)
MDC 22	Y	Verbrennungen /	Y01Z - Y62B
MDC 23	Z	Sonstige Erkrankungen /	Z01A - Z65Z

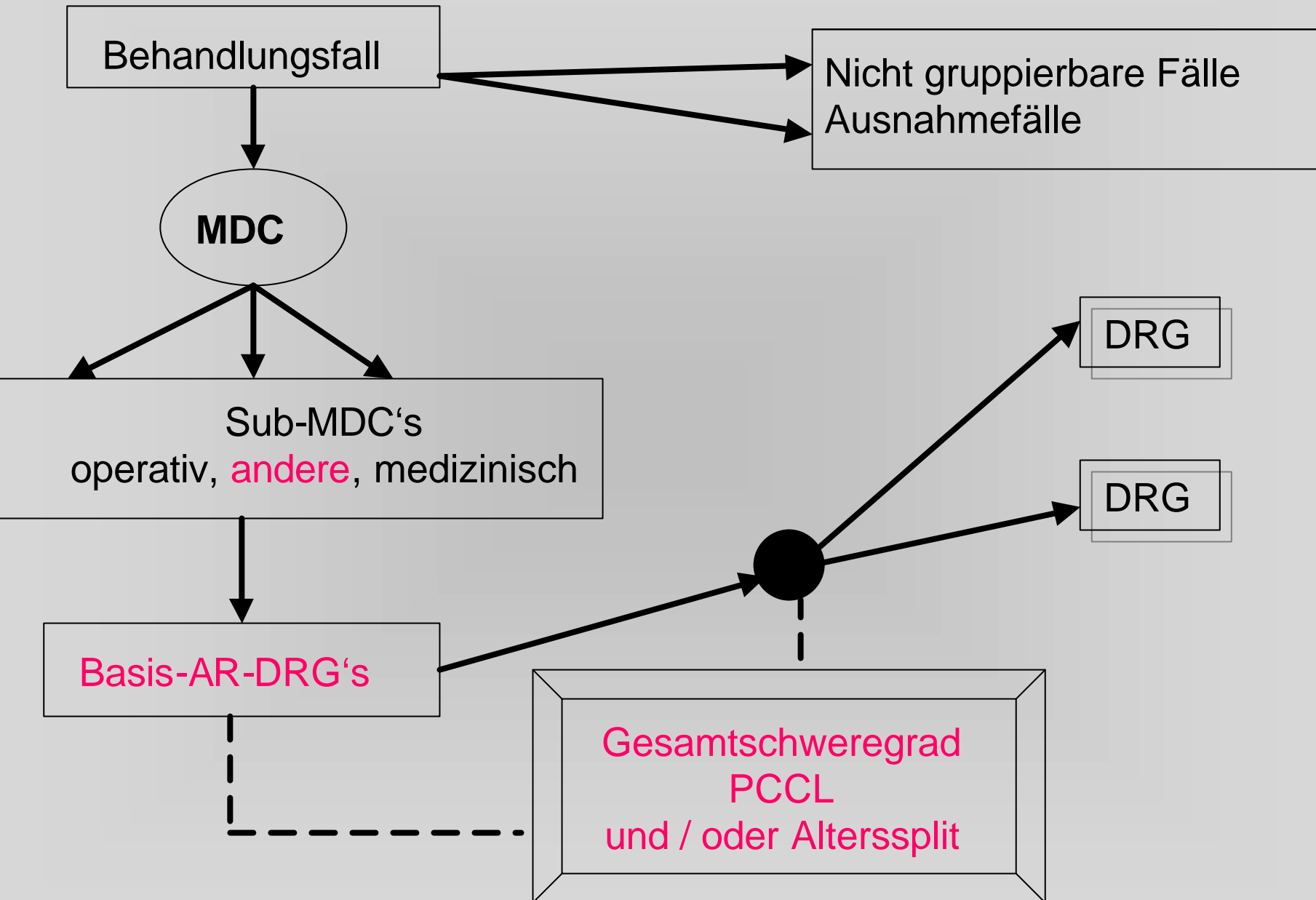
## DRG-relevante Daten (AR-DRG)

- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Operationen
- Alter
- Geschlecht
- Verweildauer, Urlaubstage
- Entlassungsart
- Geburtsgewicht Neugeborener
- Anzahl Stunden unter künstlicher Beatmung
- Kennzeichnung bei Zwangseinweisung
- Kennzeichnung von Ein-Tages-Fällen



**DRG**

# ALGORITHMUS UND HIERARCHIE DER AR-DRGs



## PRE-MDCs

- **Extrem aufwändige DRGs**
- **Mehrheitlich keine diagnosebezogene Ermittlung**
- **Identifikation meist auf der Basis von Prozeduren**
- **Zuordnung noch vor Einmündung in die MDC-Logik**

## PRE-MDCs

### → Berücksichtigte Sondertatbestände

- Tracheotomie bzw. Langzeitbeatmung
- Transplantationen
  - Leber
  - Lunge
  - Herz
  - Multiple Organtransplantation
  - Knochenmark- / Stammzelltransplantation
- Alter < 28 Tage
- Polytrauma
- HIV-Erkrankung

## Grundstrukturen AR - DRG

### Altersunterteilungen

#### 112 Alterssplits

- davon 13 x zwischen 1 und 16 Jahren
- davon 72 x zwischen 60 und 80 Jahren

## Nomenklatur des AR-DRG-Systems

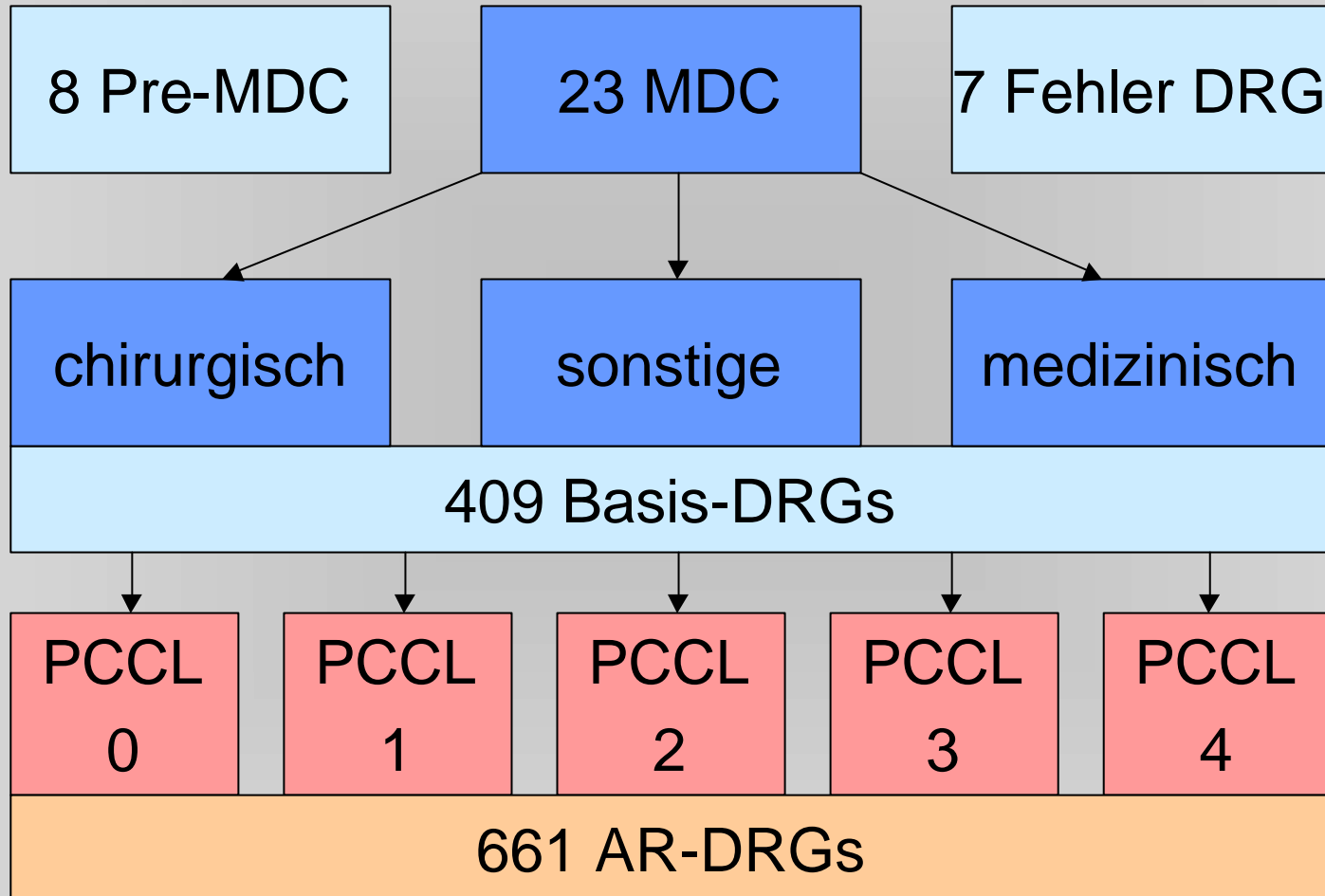
<u>Hauptgruppe</u>	<u>Basis-DRG</u>	<u>Schweregrad</u>
A: Pre-MDC	Chirurgisch:	A: höchster
B-Z: Hauptgruppe	1-39	B: zweithöchster
9: Fehler-DRG	Sonstige:	C: dritthöchster
	40-59	D: niedriger
	Medizinisch:	Z: keine Schwere-
	60-99	graddifferenziert.

Beispiel:

D 11 Z

Tonsillektomie

# Systematik der DRG-Zuordnung



## Grundstrukturen AR - DRG

### *Beispiel*

**B 69 A**

**TIA und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit sehr schweren (catastrophic) CC**



**B = Nervensystem**

**69 = konservative Fallgruppe**

**A = sehr schwere Komplikationen**

## Grundstrukturen AR - DRG

### *Beispiel*

**G 07 B**

**Appendektomie ohne sehr schwere oder schwere Begleiterkrankung**



**G = Verdauungsstörungen**

**07 = operative Fallgruppe**

**B = keine schweren Komplikationen**

## Grundstrukturen AR - DRG

### *Beispiel*

**F 74 Z**

**Brustschmerz**



**F = Kreislaufsystem**

**74 = konservative Fallgruppe**

**Z = keine CC - Unterteilung**

# Grundstrukturen AR - DRG

## Fallgruppenbezeichnungen

Beispiel „Schlaganfall“

DRG	DRG Description	Weight	ALOS (Days)
B69A	Tia & Precerebral Occlusn+Ccc	1,68	9,09
B69B	Tia & Precerebral Occlusn+Scc	1,22	6,16
B69C	Tia & Precerebral Occlusn-Csc	0,73	3,46
B70A	Stroke +Severe/Compl Dx/Proc	3,96	19,76
B70B	Stroke + Other Cc	2,09	10,11
B70C	Stroke - Other Cc	1,44	6,73
B70D	Stroke Died/Transferred<5 Days	0,75	1,69

## CC-Schweregradgewichtung

→ Jede Nebendiagnose wird mit einem Complication and Comorbidity Level (CCL) 0-4 bewertet

- 0 = keine CC-Nebendiagnose
- 1 = leichte CC-Nebendiagnose
- 2 = mittelschwere CC-Nebendiagnose
- 3 = schwere CC-Nebendiagnose
- 4 = katastrophale CC-Nebendiagnose

## CC-Schweregradgewichtung

→ Die Einstufung der Nebendiagnosen in das Complication and Comorbidity Level hängt von der Basis - DRG ab (⊃ Vermeidung der Übergewichtung ähnlicher CCs )

### Beispiel:

**J96.0 – akute respiratorische Insuffizienz**

**Basis-DRG B70 – Schlaganfall**

⊃ die J96.0 erhält das CCL 2

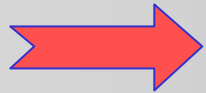
**Basis-DRG B71 – Erkrankungen der Hirnnerven und peripheren Nerven**

⊃ die J96.0 erhält den CCL 3

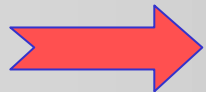
## PCCL - Liste / AR - DRGs

	Text	A	B	C	D	Z	Summe
9	Fehler					7	7
A:	Pre MDC					8	8
B:	Nerven	15	15	3	1	16	50
C:	Augen	2	2			16	20
D:	HNO	5	5			17	27
E:	Atmung	14	14	8		5	41
F:	Herz	21	21	3	19		64
G:	Verdauung	20	20	3		9	52
H:	Leb. Gal., Pank.	12	12	4		2	30
I:	Mu.Skel.	22	22	12		23	79
J:	Haut	12	12	1		7	32
K:	Stoffwechsel	3	3	1		12	19
L:	Niere	13	13	4		7	37
M:	Urologie	7	7			5	19
N:	Gynäkologie	6	6			8	20
O:	Geburt	3	3	2	2	8	18
P:	Neugeb.	5	5	3	3	9	25
Q:	Blut	4	4	1		1	10
R:	Myel. Sys.	7	7	2		2	18
S:	HIV	2	2			3	7
T:	Infekte	6	6	1			13
U:	Psyche	3	3			7	13
V:	Drogen	2	2			3	7
W:	Polytrauma					6	6
X:	Trauma	6	6	1		5	18
Y:	Brand	2	2			4	8
Z:	Div. Fakt.	4	4	1		4	13

## AR-DRG - Vorteile

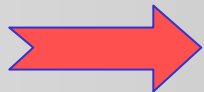


Modernes DRG- System mit relativ hoher medizinischer Aktualität

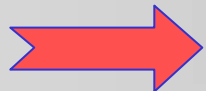


Leistungsbezogene Gruppierung auch bei Fällen wie

- Endoskopische Diagnostik mit / ohne Biopsie
- Invasive Diagnostik (Herzkatheter, etc.)
- Plasmapherese
- Prolongiertes Monitoring bei Epilepsie, etc.



Berücksichtigung jeder Nebendiagnose bei der Ermittlung des patientenbezogenen kumulierten Schweregrades



Differenzierte Schweregradabbildung (2017), aber trotzdem überschaubar

# DRG

## Definition der Hauptdiagnose:

Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist, ist als Hauptdiagnose zu benennen.

## DRG

### Anamnese

78-jährige Dame kommt hochfieberhaft mit seit 3 Tagen bestehendem, starken Husten zur Aufnahme. Sie leidet unter einem Diabetes mellitus, der mit Insulin behandelt wird.

## DRG

### Verlauf

Trotz antibiotischer Behandlung weiter Fieber um 39° C. Die Dame verschlechtert sich in ihrem Allgemeinzustand und bleibt für 4 Tage auf der Intensivstation. Parallel entgleisen ihre Blutzuckerwerte. Erst im Verlauf nach umfangreichen Untersuchungen und gezielter Antibiose mit einer Dreifachkombination gesundet sie und kann nach 10 Tagen entlassen werden.

# DRG's

## Festlegung der Hauptdiagnose

DRG	Hauptdiagnose	1. ND	2. ND	Gewicht
K60A	Diabetes	Pneumonie	Sepsis	1,78
E62B	Pneumonie	Diabetes	Sepsis	1,51
T60A	Sepsis	Pneumonie	Diabetes	2,47

## Entwicklung der Kodierqualität

1. Keine Reaktion, keine Veränderung des Kodierverhaltens
2. Kontinuierliche Zunahme kodierter Diagnosen
3. Vermehrt Kodierung vermeintlich „hochgewichtiger“ Diagnosen



**Notwendige Konsequenz:  
Kontrolle, Prüfung, Schulung**









# DRGs

## Konsequenzen in den USA

- ⇒ **Einrichtung von Dokumentationsbereichen**
- ⇒ **DRG-aggregierte ökonomisch getriggerte Therapieoptimierungen**
- ⇒ **keine Verschlechterung der Behandlungsqualität**
- ⇒ **keine Kostenreduktion**
- ⇒ **Patienten vor Aufnahme und nach Entlassung kränker**
- ⇒ **Verweildauerverkürzung**
- ⇒ **Kooperationen**
- ⇒ **Abnahme der Belegungsquote**
- ⇒ **Zunahme ambulanter Operationen**
- ⇒ **Verlagerung von Leistung in den ausserstationären Bereich**

# DRGs

## Befürchtungen in Deutschland

-  **Stationsschließungen**
-  **Abteilungsschließungen**
-  **Klinikschießungen**
-  **Stellenkürzungen**
-  **Verlagerung in ambulante Bereiche**
-  **Dokumentationsaufwand erhöht**
-  **Unterversorgung von „Langliegern“**
-  **Qualitätseinbrüche**

## Notwendigkeiten

- Qualitätsstandards (geplante Behandlungsabläufe)
- Dokumentationskontrollen/ Prüfverfahren
- Dokumentationshilfen (Software?, Kodierer?)
- EDV- Optimierung
- poststationäre Versorgung ?

## Was kommt ?

- Klinikfusionen
- Klinikkooperationen
- Abteilungsübergreifende Zentren
- Abteilungsgrenzen verschwinden
- Kurzzeittherapiezentren etc.
- Modernisierung, „Prozeßorientierung“

## Konsequenzen für die Sozialmedizin ?



## Konsequenzen für die Sozialmedizin ?

- Versuch Vergleichbarkeit zu gewährleisten ?
- evtl. „Kodierwahn“ ?
- Ausgrenzung rehabilitativer Leistungen oder
- Abbau rehabilitativer Leistungen ?
- Entwicklung von Standards ?
- Qualitätskontrollen ?
- ???????????

Diagnosis Related Groups: optional seit 1. Januar 2003 auch in Deutschland

**Vielen Dank !**

Jens Aßmann