Wolfram Fischer

Sprechen Sie G-DRG ?

G-DRG 2007: Statistische Optimierung zu Lasten fachsprachlicher Verständlichkeit

Januar 2007 · Letzte Änderung: 21.11.2007

Ein Patientenklassifikationssystem[1] schafft eine sprachliche Verständigungsbasis zwischen Management und Klinik: Mit einer solchen Liste von «Produkten des Krankenhauses» kann man aus klinischer Sicht grob beschreiben, was man tut. Aus ökonomischer Sicht kann man über die Kosten diskutieren und Vergütungen verhandeln. – Was aber, wenn die Beschreibungen dieser Produkte des Krankenhauses unverständlich sind?

Einmalig hoher Erklärungsgrad der Kosten

Bei der Vorstellung des deutschen GDRG-Systems 2007 wurde betont, dass es erneut «umfassend umgebaut» worden sei, was zu einer «deutlich erhöhten Abbildungsgenauigkeit» geführt habe.[2] Tatsächlich wurde ein sonst von keinem DRG-System erreichter Erklärungsgrad der Kosten von 80 % nach Ausschluss der Ausreisser erreicht.[3] Dabei liegt die Anzahl an definierten Patientenkategorien mit nunmehr 1 082 GDRGs durchaus noch im Rahmen.

Einerseits ist die gelungene Arbeit der GDRG-Verfeinerung bewundernswürdig, andererseits stellt sich aber doch auch die Frage, ob diese guten statistischen Werte erkauft werden mussten.

Zusatzentgelte zur Abfederung

Bestimmt trug die Abfederung der Vergütung durch Ausgliederung von momentan 105 Zusatzentgelten zum guten Resultat bei. – Zusatzentgelte sind m. E. ein probates Mittel, um mit besonderen Kosten, die nur von Fall zu Fall vorkommen, umzugehen.

Allzu passgenau bezüglich der aktuellen Kostendaten?

Heikler ist die Frage, ob die aktuellen Splits wieder korrigiert werden müssten, wenn neue Daten die Datenlage der Kostendatenbank verändern.[4]

GDRG-Bezeichnungen werden immer länger.

Wenn man die GDRG-Listen durchblättert und noch mehr, wenn man mit den GDRG-Bezeichnungen in Texten und statistischen Auswertungen arbeiten sollte, fällt einem auf den ersten Blick auf, dass die Bezeichnungen im Durchschnitt immer länger zu werden scheinen.

▶ Tafel 1

Im gleichen Zug nimmt auch die Anzahl verwendeter Konjunktionen von Jahr zu Jahr zu. Konjunktionen wie «und», «oder», «mit», «ohne», «ausser» und auch Kommas und Schrägstriche[5] erlauben es, Behandlungen mit verschiedenen klinischen Bezeichnungen in einer DRG zusammenzufassen.[6]

Schlecht verständliche Bezeichnungen

DRG-Bezeichnungen, die immer mehr Konjunktionen enthalten, sind aber nicht nur unpraktisch. Bei näherem Hinsehen erkennt man auch, das es dadurch immer mehr unklar benannte oder sogar unverständliche Bezeichnungen gibt. Dies hat folgende Gründe:

- **Die Logik der Verwendung von «und», «oder» und Komma ist z. T. nicht mehr unmittelbar nachvollziehbar.**
  Beispiel: Nach dem ersten Durchlesen ist unklar, was gemeint ist, wenn bei B69C zu lesen ist: *«Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefässverschlüsse mit äusserst schweren CC, ohne neurologische Komplexbehandlung des*

[1] Vgl. Fischer [PCS, 1997].
[2] Vgl. Schlottmann N et al. [G-DRGs 2007, 2006]: 939 und Tuschen [G-DRGs 2007, 2006]: 622.
[3] Vor Ausschluss der Ausreisser betrug die Varianzreduktion bezüglich der Fallkosten immer noch stolze 71 %.
[4] In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Methode, mit welcher neue DRGs und mögliche Splits berechnet werden, für die definitive Wahl von Splitkriterien oft einigen Spielraum offen lässt. Dies entschärft zwar die Frage der notwendigen Neudefinition von Splits, kann aber längerfristig zu ziemlich willkürlich definierten DRGs führen.
[5] Mehrere aufeinander folgende Konjunktionen wurden als eine gezählt.
[6] Zur Verwendung von Konjunktionen in anderen DRG-Systemen vgl. Fischer [DRG Labels, 2007].

akuten Schlaganfalls oder Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion».[7]

- **Die verwendete Logik ist irreführend.**
  Beispiel: Alle gesunden Neugeborenen werden unabhängig von der Aufenthaltsdauer der G-DRG `P67D` zugewiesen, obwohl man nach dem Lesen der Bezeichnung meinen könnte, es handle sich nur um Behandlungsfälle mit einem Belegungstag: *«Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne anderes Problem oder ohne schweres Problem, ein Belegungstag».*[8]

- **Es werden klinisch unterschiedliche, aus Kostensicht jedoch vergleichbare Inhalte zusammengefasst.**
  Beispiel: `G07B`: *«Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre».*[9]

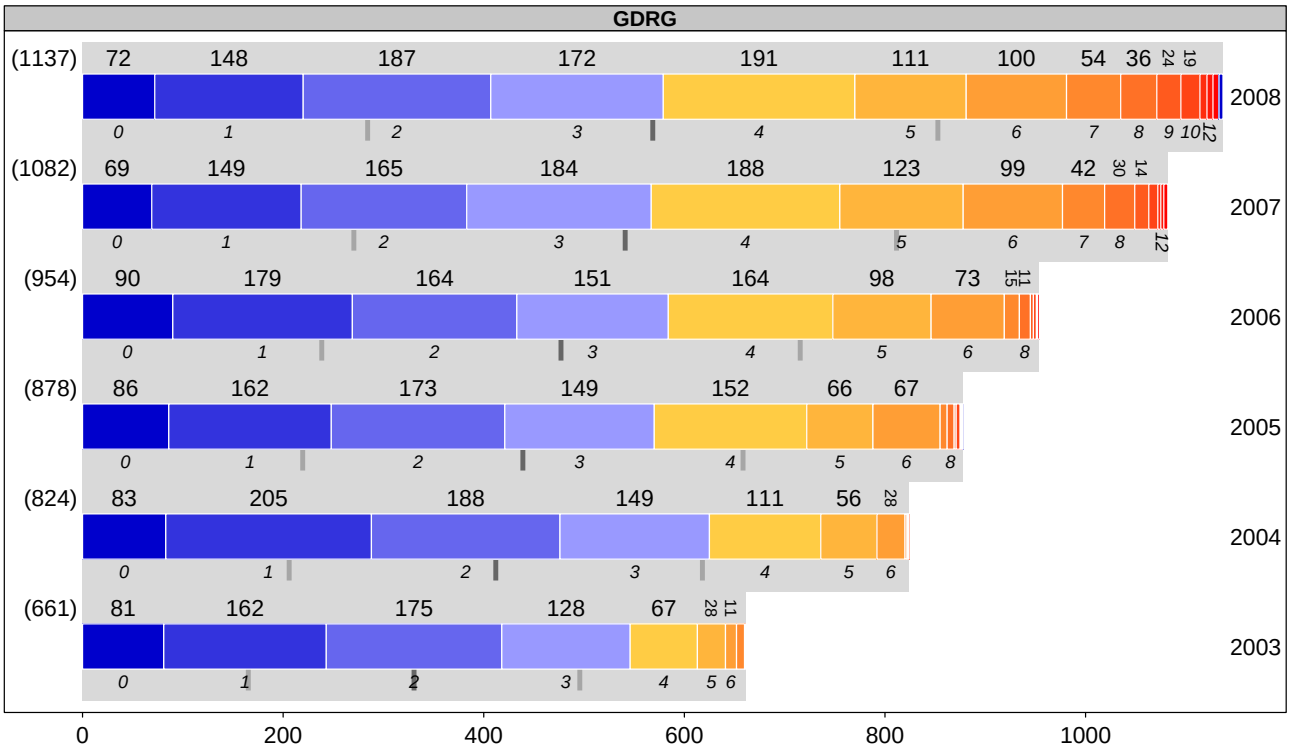
---

[7] Ein weiteres Beispiel mit verworrener Logik ist `B71C`: *«Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne schwere CC oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC außer bei Para- / Tetrapl. oder ohne schwere CC bei Para- / Tetrapl.»*

[8] Falls mein Verständnis der Texte richtig ist, müsste `P67D` – in Abgrenzung zu P67B und P67C – bezeichnet werden als: «Neugeborenes . . . ohne schweres Problem oder ohne anderes Problem oder (ohne schweres Problem aber mit (anderem Problem und nur einem Belegungstag))», wobei die Klammern als logische Klammern dienen.

[9] Da `G07A` bis auf die Einschränkung *«Alter < 3 Jahre»* gleich wie `G07B` formuliert ist, gehe ich davon aus, dass sich die Altersrestriktion auf alle genannten Eingriffe bezieht und nicht nur auf die *«kleinen Eingriffe an Dünn- und Dickdarm»*. Die Bezeichnungen von G07B und G07A sind für sich allein genommen nicht eindeutig

Tafel 1: GDRG-Bezeichnungen nach Anzahl Konjunktionen



Unter den Farbstreifen: Graue Markierungen: 1. Quartil, Median, 3. Quartil. Zahlen: Anzahl Konjunktionen pro DRG−Bezeichnung.
(Konjunktionen sind: "und", "oder", "(verbunden) mit", "bei", "ohne", "ausser", "Alter", Komma, Schrägstrich, Klammernpaare.)
Zahlen über den Streifen: Anzahl DRGs. Zahl in Klammern ganz links: Summe.

Datenquelle:
Internet

Z I M
[DRG.LABEL.076.barchart] 20.11.2007

Hürdenreiche Suche nach Basis-DRGs

Die im ARDRG-System einst beinahe vorbildlich eingeführte Trennung von Basis-DRGs und DRGs (mit oder ohne Splits)[10] wird zunehmend verwässert.

- **Ein Bezug zu den übrigen GDRGs der gleichen Basis-DRG kann nur schwer gemacht werden.**
  `B17A` ist bezeichnet als: *«Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nerven syst. ohne äusserst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter> 18 J. mit komplexer Diag.»*
  `B17B` und `B17C` sind gleichlautend bis auf den Schluss, der bei `B17B` heisst: *«mit komplexem Eingr.»* und bei `B17C` *«ohne komplexen Eingr.»*. Dass die GDRGs aus `B17` zu `B06`, `B07` und `B03` gehören, wird erst beim Durchackern der GDRG-Liste oder bei der Zuhilfenahme von Kommentaren[11] klarer.[12]

Lösungansätze

Ansätze, um aus der Problematik herauszufinden, könnten sein:

- Verwendung von **Klammern** zur Darstellung der Logik.[13]

- **Aufteilung** einer komplexen DRG in zwei (allenfalls sogar mehrere) DRGs mit einfacheren Bezeichnungen. Dies würde darauf hinaus laufen, dass auch die Verständlichkeit der Bezeichnungen beurteilt werden sollte und dass das Resultat einer solchen Beurteilung nebst den statistischen Kriterien auch zur Begründung von Splits verwendet werden könnte.

- Ausformung eines **zweiteiligen Patientenklassifikationssystems**: In der *differenzierteren Form* wird mit Bezeichnungen gearbeitet, welche von den medizinischen Fachpersonen verstanden werden und welche auch in der Argumentation direkt verwendet werden können. Die *aggregierte Form* ist eine Zusammenfassung aus ökonomischer bzw. vergütungstechnischer Sicht. Die Elemente, aus denen die aggregierten Patientenkategorien zusammengesetzt sind, sind in Form einer überschaubaren Zahl differenzierter Patientenkategorien gut verständlich einsehbar. (Auf dieser Ebene müssen nicht schon die Definitionshandbücher beigezogen werden.)[14]

- Konstruktion eines **«abgefederten» DRG-Systems**:
  - Zum Beispiel durch eine *Aufteilung der Kostengewichte* in Fall- und Tageskostengewichte. (Vgl. Leistungs- und Tageskomponenten im LDF-System.[15])

---

interpretierbar.

[10] Ursprünglich stammte diese Idee von Systemen mit systematisch definierten Splits. Beispiele dazu sind das RDRG-System oder das APR-DRG-System.

[11] Ein Komentar, in dem die GDRGs möglichst nach Basis-GDRGs gesammelt wurden, ist z. B.: Bartkowski et al. [G-DRG 2006, 2006].

[12] `B06A` lautet: *«Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre»*
`B06B` lautet: *«Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre»* (Die jeweils erste Altersangabe bezieht sich bei diesen Bezeichnungen offenbar auf den gesamten ersten Teil, die zweite Altersangabe jedoch nur auf die Aussage, die nach dem letzten «oder» folgt.)
`B07Z` lautet: *«Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äusserst schweren CC oder komplizierender Diagnose»*. (Um zu wissen, welche Restgruppe mit den *«anderen Teilen des Nervensystems»* gemeint ist, muss man sich direkt hinter das Definitionshandbuch setzen. Evtl. könnte auch eine Liste nach logischer statt alphabetischer Ordnung der GDRGs hilfreich sein.)
`B03Z` lautet: *«Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung od. mit äußerst schweren oder schw. CC oder Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äußerst schw. CC»*.

[13] Im ARDRG-System wurden solche Klammern benutzt. Vgl. z. B. AR4-E66B: *«Major Chest Trauma (Age<70 W CC) or (Age>69 W/O CC)»*.

[14] Ein Beispiel eines zweistufigen Patientenklassifikationssystems im Kleinen ist das TAR-System zur Klassifikation der täglichen Pflegekosten der neurologischen Rehabiliation. Vgl. die TAR-FIM-Klassen und die Pflegekostenkategorien in: Fischer et al. [TAR und Reha-PCS, 2006]: 18 ff.

[15] http:// www.bmgf.gv.at / cms / site / themen.htm ? channel = CH0005.

- Zum Beispiel, indem bei *Mehrfachbehandlungen* einem Behandlungsfall *mehrere DRGs* zugeordnet werden. (Vgl. die Techniken, die in den Systemen LDF, Disease Staging,[16] SQLape[17] und HRG4[18] angewandt werden.)
- Möglicherweise auch durch Verwendung von *Aussagen der Pflege* als Klassifikationskriterien.[19]

Zusammenfassende Schlussbemerkung

Wenn ein DRG-System nicht nur in statistischen Abteilungen, sondern auch im klinischen Alltag Diskussionsgrundlage in Gesprächen zwischen Klinikern und Managern sein soll, dann ist es nötig, dass die DRG-Bezeichnungen verständlich sind. Die Verständlichkeit der GDRG-Bezeichnungen nimmt zusehends ab. Es ist nötig, dass die Bezeichnungspraxis überdacht wird.

Literaturverzeichnis

Bartkowski et al. (2006) G-DRG 2006
Bartkowski R, Bauer H, Witte J. *G-DRG*. Praxiskommentar zum Deutschen Fallpauschalen-System. Mit 3. Ergänzungslieferung, Landsberg (Ecomed) 2006.

Fischer (1997) PCS
Fischer W. *Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich*. Prinzipien und Beispiele. Bern und Wolfertswil (ZIM) 1997: 514 S. Auszüge: http:// www.fischer-zim.ch / studien / PCS-Buch-9701-Info.htm.

Fischer (2002) DRG+Pflege
Fischer W. *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege*. Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten. Bern (Huber) 2002: 472 S. Auszüge: http:// www.fischer-zim.ch / studien / DRG-Pflege-0112-Info.htm.

Fischer et al. (2006) TAR und Reha-PCS
Fischer W, Blanco J, Mäder M, Zangger P, Conti FM, et al.. *Das TAR-System und andere Patientenklassifikationssysteme für die Rehabilitation*. TAR-Forschungsbericht und Kurzbeschrieb von Systemen aus Deutschland, Frankreich, Australien und den USA. Wolfertswil (ZIM) 2006: 89 S. Info: http:// www.fischer-zim.ch / studien / TAR-RehaPCS-0607-Info.htm.

Fischer (2007) DRG Labels
Fischer W. *Do You Speak DRG ?*. Measuring the Complexity of Labels of Medicare DRGs, AR-DRGs, and G-DRGs by Counting Conjunctions. In: Proceedings of the 23rd PCSI International Working Conference, Venezia 2007. Internet: http:// www.fischer-zim.ch / paper-en-pdf / DRG-Labels-0711-PCSI.pdf.

Gonella et al. (1984) Disease Staging
Gonella JS, Hornbrook MC, Louis DZ. *Staging of Disease*. A Case-Mix Measurement. In: JAMA 1984(251)5: 637–644.

Schlottmann N et al. (2006) G-DRGs 2007
Schlottmann N, Fahlenbach C, Brändle G, Wittrich A. *G-DRG-System 2007*. Abbildungsgenauigkeit deutlich erhöht. In: Das Krankenhaus 2006: 939–951.

The Casemix Service (2007) HRG4/Design
The Casemix Service. *HRG4 Design Concepts*. (NHS Information Centre) 2007: 38 S. Internet: http:// www.ic.nhs.uk / webfiles / Services / casemix / Prep%20 HRG4 / HRG4%20 design%20 concepts%20 a.pdf.

The Casemix Service (2007) HRG4/Unbundling
The Casemix Service. *HRG4 Guide to Unbundling*. (NHS Information Centre) 2007: 40 S. Internet: http:// www.ic.nhs.uk / webfiles / Services / casemix / Prep%20 HRG4 / Guide%20 to%20 Unbundling2.pdf.

Tuschen (2006) G-DRGs 2007
Tuschen KH. *Das G-DRG-System 2007*. Die Abbildungsqualität ist deutlich gestiegen. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2006(23)6: 622–626.

[16] Gonella et al. [Disease Staging, 1984].
[17] http:// www.sqlape.com /.
[18] Vgl. The Casemix Service [HRG4/Unbundling, 2007] und The Casemix Service [HRG4/Design, 2007].
[19] Vgl. Fischer [DRG+Pflege, 2002].