

Wolfram Fischer

## **G-DRG German Diagnosis Related Groups (Deutschland)**

Kapitel H.4 aus:

Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme  
Kurzbeschreibungen und Beurteilung

Okt. 2003 · Letzte Ergänzung: 21.12.2011

### **Inhaltsverzeichnis**

H.4 G-DRG – German Diagnosis Related Groups (Deutschland) . . . . .	3
H.4.1 Besondere Systemmerkmale . . . . .	3
H.4.2 Verwendbare Codierungssysteme . . . . .	3
H.4.3 Zur GDRG-Entwicklungsgeschichte . . . . .	3
Vorgeschichte . . . . .	3
Fallpauschalen und Sonderentgelte . . . . .	4
G-DRG Version 1: Übersetzung von AR-DRG 4.1 . . . . .	4
G-DRG 2004: Umfangreiche Erweiterung der Anzahl GDRGs . . . . .	5
G-DRG 2005: Aufbrechen der australischen Konstruktionsprinzipien be- ginnt . . . . .	5
G-DRG 2006: Konsolidierung der Basis-DRGs und weiterer Ausbau . . . . .	7
G-DRG 2007: Methodik zur Analyse der CCL-Matrix und weiterer «um- fassender Umbau» . . . . .	7
G-DRG 2008: Neue Textelemente zum Zusammenzug komplexer Tex- tinhalte sowie weitere Um- und Ausbauten . . . . .	8
G-DRG 2009: Bereinigungen sowie Aus- und Umbauten zu einzelnen Themen . . . . .	9
G-DRG 2010: Kein wesentlicher weiterer Anstieg der Anzahl GDRGs . . . . .	10
G-DRG 2011: Konsolidierung . . . . .	11
G-DRG 2012: Zusatzentgelt hochaufwändige Pflege; erstmalige Er- satzvornahme . . . . .	12
H.4.4 Anzahl Behandlungsfallgruppen . . . . .	14
H.4.5 Schweregradkategorien . . . . .	16
H.4.6 Ökonomische Homogenität . . . . .	16
H.4.7 Ausgewählte Internet-Adressen . . . . .	17
Literaturverzeichnis . . . . .	17



## H.4 G-DRG – German Diagnosis Related Groups (Deutschland)

### H.4.1 Besondere Systemmerkmale

- Eigenentwicklung auf der Basis von AR-DRG 4.1. (Erste Version: 2003.)
- Die CC-Einstufung pro Behandlungsfall wird aufgrund aller vorhandenen Diagnosen berechnet (PCCL-Wert).
- Sehr hohe Varianzreduktion, aber z. T. komplexe DRG-Inhalte.
- Nebst den üblichen DRG-basierten Fallpauschalen gibt es Zusatzentgelte sowie unbewertete DRGs, deren Preise zwischen Krankenhaus und Kassen ausgehandelt werden müssen.
- Der GDRG-Code widerspiegelt nicht mehr – wie im ARDRG-System – konsequent die hierarchische Gliederung.
- Die untere Grenzverweildauer beträgt ein Drittel der durchschnittlichen Verweildauer, aber mindestens zwei Tage; zur Berechnung der oberen Grenzverweildauer die zweifache Standardabweichung, maximal aber XX Tage zur der durchschnittlichen Verweildauer addiert.<sup>1</sup>
- Zur Codierung der Operationen und Interventionen steht die Prozedurenklassifikation OPS zur Verfügung, die in der Version 2011 insgesamt 27 513 Codierungen umfasste. Die korrespondierende Diagnoseklassifikation ICD-10-GM umfasste 13 342 terminale Codes.<sup>2</sup>

### H.4.2 Verwendbare Codierungssysteme

**Tafel 1:**  
Codierungssysteme im  
GDRG-System

	Codierungssystem	Bezeichnung
Diagnosen	ICD-10-GM	ICD-10, German Modification
Prozeduren	OPS-301	Operationsschlüssel nach §301 SGB V

### H.4.3 Zur GDRG-Entwicklungsgeschichte

#### Vorgeschichte

In Deutschland kam die Diskussion über die Notwendigkeit einer Reform des Gesundheitswesens insbesondere nach dem Regierungswechsel von 1982 ins Rollen. Zur gleichen Zeit wurde in den USA die Einführung von sogenannten prospektiven Vergütungssystemen diskutiert. 1983 wurde dort eines der entwickelten Systeme – das HCFA-DRG-System – als Basis für die Fallpauschalen der Medicare-Versicherung eingeführt.

In Deutschland erfolgte eine erste Prüfung der DRGs (Diagnosis Related Groups) bereits 1986. Die Beurteilung fiel negativ aus. Nebst der unbefriedigenden Erfassung von Begleiterkrankungen (Multimorbidität) und der fehlenden Abbildung des Schweregrades der behandelten Erkrankung wurde u. a. festgestellt, dass die Verweildauern<sup>3</sup> innerhalb der dreistelligen ICD-9-Kategorien nicht stärker streuten als innerhalb der damaligen HCFA-DRGs. Es wurden dazu knapp 200 000 Fälle aus 31 Akutkrankenhäusern untersucht. Zur Codierung waren 477 unterschiedliche dreistellige ICD-9-Codes nötig, d. h. die Anzahl der ICD-9-Fallgruppen war etwa gleich hoch wie bei den DRGs mit damals 470 Gruppen. Während nur 27.5 % der nach ICD-9 klassifizierten Fälle einen Variationskoeffizienten von mehr als 100 % aufwiesen, waren es bei den amerikanischen Testdaten mit 2 Mio. Akutfällen 40 % und bei 108 000 portugiesischen Fällen sogar 45 %.<sup>4</sup>

In der Folge wurde das alternative System der Patient Management Categories (PMC) auf

<sup>1</sup> InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 5.

<sup>2</sup> Vgl. InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 69

<sup>3</sup> Die Verweildauern wurden bei der Bildung der ersten DRG-Systeme als Homogenitätsmass verwendet.

<sup>4</sup> Nach Neubauer et al. [Fallgruppenbildung, 1987]: 30.

DRG-Prüfung

PMC-Studie

deutsch übersetzt und geprüft. Die umfangreiche Studie unter Leitung von Prof. G. Neubauer wurde 1990 beendet.<sup>5</sup> Sie enthält u. a. auch Anpassungsvorschläge für die PMCs. Es folgten weitere Studien einzelner Fachgebiete, u. a. in der Inneren Medizin, einem für Patientenklassifikationssysteme besonders kritischen Gebiet.<sup>6</sup>

### Fallpauschalen und Sonderentgelte

Aufgrund dieser Arbeiten entschied man sich schlussendlich für ein eigenes, sukzessiv aufzubauendes System, das sich von der Konstruktion her an die PMCs anlehnt. Übernommen wurde insbesondere der Grundsatz, dass es nicht genügt, chirurgische Behandlungsfallgruppen allein aufgrund von Angaben zur Operation zu definieren, sondern dass auch die Hauptdiagnose berücksichtigt werden muss. Vorläufig wurden nur chirurgische Eingriffe klassifiziert. Dies geschah wegen der relativ guten Verbindungsmöglichkeit chirurgischer (Routine-) Behandlungsfallgruppen mit Behandlungspfaden.

Die Arbeiten mündeten in das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in der Bundespflegeverordnung '95 (BpflV 1995) festgehaltene FP/SE-System. Gleichzeitig wurde 1995 auch eine neue Prozedurenklassifikation – die ICPM – eingeführt. In der 3. Veränderungsverordnung zur BpflV sind 73 Fallpauschalen und 147 Sonderentgelte definiert (gültig ab 1.1.96). Mit der 5. Veränderungsverordnung, welche ab 1.1.98 gültig ist, wurden gewisse Fallpauschalen und Sonderentgelte neu definiert, neu berechnet und/oder aufgeteilt. Damit sollte u. a. übermäßigen Zahlungen bei Dilatationen und Linksherzkatheter (SE Gruppen 20 und 21), in der Transplantationsmedizin und bei Frühverlegungen in Rehabilitationskliniken oder in die Akutgeriatrie entgegengewirkt werden.<sup>7</sup> Es gibt nun 94 Fallpauschalen und 146 Sonderentgelte.

Aus Sorge vor Mengenausweitungen und vor finanziellen Problemen gewisser Krankenhäuser wurde gezögert, die Überschüsse bzw. Mindereinnahmen aus FP- und SE-Abgeltungen nicht mehr mit dem verhandelten Krankenhausbudget zu verrechnen. Ursprünglich war vorgesehen, dieses sogenannte «Erlösabzugsverfahren» nur bis Ende 1997 anzuwenden. Nun wurde es bis Ende 1999 verlängert (BpflV § 12 Abs. 2).

In der 5. Änderungsverordnung ist auch festgehalten, dass die Weiterentwicklung der Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte ab dem 1.1.1998 der Selbstverwaltung übertragen wird. An der Selbstverwaltung beteiligen sich auf Versicherungsseite die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und der Verband der privaten Krankenversicherung, auf Krankenseite die Deutsche Krankenhausgesellschaft (BpflV 1995 § 15 Abs. 1).

Eigenes System

BpflV 1995:  
Fallpauschalen und  
Sonderentgelte

Übergabe der  
Weiterentwicklung der  
Entgeltkataloge an die  
«Selbstverwaltung»

### G-DRG Version 1: Übersetzung von AR-DRG 4.1

Die FP/SE-Entwicklung kommt in der Folge aber ins Stocken, und es wird bestimmt, dass die Selbstverwaltung bis Ende Juni 2000 einen Vorschlag zu machen habe, welches DRG-System als Grundlage für eine deutsche Anpassung gewählt werden soll. Am 30.6.2000 wird der Entscheid für das australische ARDRG-System bekanntgegeben, mit der Begründung, dass es das modernste und am besten anpassbare DRG-System sei.

Bei der ersten Version, die im Jahre 2003 im Rahmen des sogenannten «Optionsmodells» freiwillig von den Krankenhäusern Deutschlands angewendet werden konnte, handelte es sich um eine Übersetzung des AR-DRG-Systems (Version 4.1), welche auf Diagnosecodierungen nach ICD-10 und Prozedurencodierungen nach der deutschen Klassifikation OPS-301 beruhte. Die Kostengewichte («Bewertungsrelationen») für das Jahr 2003 wurden provisorisch auf der Basis von Kostendaten aus 116 Krankenhäusern bestimmt.

Wechsel zu AR-DRG

Übersetzung von  
ARDRG-4.1

<sup>5</sup> Neubauer et al. [PMC-Ergebnisse, 1992]; Neubauer et al. [PMC-Prüfung, 1992].

<sup>6</sup> Neubauer et al. [PMC-Innere Medizin, 1992].

<sup>7</sup> BMG-D [Weiterentwicklung FP-SE, 1997].

Von GDRG-1.0 (für 2003) zu GDRG-2004

### G-DRG 2004: Umfangreiche Erweiterung der Anzahl GDRGs

Nachdem die Selbstverwaltungspartner auch im Sommer 2003 (wie bereits im Sommer 2002) keinen Konsens zum GDRG-System zustande brachten, stellte das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) im September 2003 wiederum seine Ersatzvornahme vor.<sup>8</sup> Die Gruppeneinteilung, insbesondere die Aufteilung von Basisgruppen nach CC-Kategorien wurde stark überarbeitet. Es wurden zahlreiche neue Differenzierungen und teilweise auch neue Basis-GDRGs gebildet. Sie basieren auf dem vom InEK durchgeführten «strukturierten Dialog» mit den Fachgesellschaften und der statistischen Analyse von 2.1 Mio Datensätzen.<sup>9</sup>

Wesentliche Änderungen von GDRG-1.0 zu GDRG-2004 waren:<sup>10</sup>

- Auf der Basis eines «strukturierten Dialogs» und statistischer Auswertungen zur Überprüfung und Anpassung der Splits der Basis-GDRGs wurden 176 neue GDRGs definiert und 16 entfernt. Dabei wurden 60 neue Basis-GDRGs geschaffen. (Einzelne dieser neuen Basis-GDRGs wurden allerdings nur zur korrekten DRG-Zuteilung im Falle von mehreren aufwändigen Prozeduren definiert. Damit entspricht das Basis-GDRG-Konzept nicht mehr dem Basis-ARDRG-Konzept.)
- Es gibt neu in vier Fällen 5 Schweregradkategorien. (Im ARDRG-System gab es bisher maximal 4 Schweregradkategorien.)
- Hauptkategorien mit besonders grosser Änderung der Anzahl GDRGs sind: Prä-MDC (+28 GDRGs), Nervensystem (+27) Kreislaufsystem (+27), weibliche Geschlechtsorgane (+13) Neugeborene (+13), Hämatologische und solide Neubildungen (+21), Polytrauma (+5, d. h. von 6 auf 11 GDRGs).
- Es gibt 26 Zusatzentgelte (davon 25 mit krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Pauschalen).
- Ein *Homogenitätskoeffizient* «HK» wird eingeführt. Er wird berechnet als  $1 / (1 + \text{Variationskoeffizient})$ .<sup>11</sup>
- *Verlegungen* werden über Abschlüsse geregelt. Damit ist «Verlegung» kein Definitionskriterium mehr für GDRGs.<sup>12</sup>
- Bei *Wiederaufnahmen* wird ein Behandlungsfall reklassifiziert, falls der erneute Fall die gleiche Basis-GDRG betrifft und innerhalb der Grenzverweildauer rehospitalisiert wird oder falls es sich um separate Hospitalisationen (innert 30 Tagen) für Diagnostik und zugehöriger Operation handelt.

Von G-DRG-2004 zu G-DRG-2005

### G-DRG 2005: Aufbrechen der australischen Konstruktionsprinzipien beginnt

Wesentliche Änderungen von GDRG-2004 zu GDRG-2005 waren:<sup>13</sup>

- Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl GDRGs um +54 gestiegen, die Anzahl der Basis-GDRGs aber um +143. Es wurden weitere Basis-GDRGs aufgetrennt, um bei Mehrfacheingriffen «eine konsequente Sortierung nach dem Relativgewicht vornehmen zu können».<sup>14</sup> Das heisst, dass die im australischen System noch codierten Basis-GDRGs im GDRG-System auf Benutzerseite nur noch implizit vorhanden sind.

<sup>8</sup> KFPV 2004; [http://g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/layout/set/standard/archiv/systemjahr\\_2004\\_bzw\\_datenjahr\\_2002](http://g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/layout/set/standard/archiv/systemjahr_2004_bzw_datenjahr_2002).

<sup>9</sup> Tuschen [G-DRGs 2004, 2003]: 427.

<sup>10</sup> InEK [G-DRGs 2004, 2003]: 55 ff.

<sup>11</sup> InEK [G-DRGs 2005, 2004]: 68 f.

<sup>12</sup> Ausnahme: P06B: «Neugeborenes verlegt < 5 Tage ohne signifikante OR-Prozedur», mit der Begründung, dass hier die Vergütung mit einer Abschlagsregelung viel höher als die Kosten wäre.

<sup>13</sup> InEK [G-DRGs 2005, 2004]: 55 ff. Vgl. auch die detaillierten Kommentare in Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 1, 2004], Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 2, 2004] und Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 3, 2005].

<sup>14</sup> InEK [G-DRGs 2005, 2004]: 71. Vgl. auch Beispiel auf S. 113 f mit F15A, F15B und F17Z aus GDRG-2004. – Das Problem einer Unterbewertung eines Behandlungsfalles tritt z. B. dann auf, wenn bei einem Mehrfacheingriff weder Begleiterkrankungen noch Komplikationen vorliegen und wenn und der Eingriff, der in der Prozedurenhierarchie zuerst eingetragen ist, als «DRG ohne CC» ein niedrigeres Kostengewicht aufweist, als die anderen Eingriffe. (Diese Situation kann besonders dann auftreten, wenn zu den anderen Eingriffen keine Schweregradunterteilungen definiert sind.)

- Infolge der Zunahme der Anzahl Basis-GDRGs, die nun z. T. die reservierte Anzahl Codes pro Subkategorie («Partition») übersteigen, musste die konsequente Anwendung des ARDRG-Codierungsschemas aufgegeben werden. Das heisst, aus dem GDRG-Code ist nicht mehr ersichtlich, zu welcher Basis-GDRG eine GDRG gehört, und auch nicht mehr, welchem Subkategorientyp («chirurgisch», «medizinisch», «andere») er angehört.
- Es gibt neu bis zu 7 Schweregradkategorien. (Vorjahr: bis zu 5; im ARDRG-System gab es maximal 4 Schweregradkategorien.)
- Als neues Klassifikationskriterium wurde eine Funktion namens «bestimmte OR-Prozeduren» eingeführt.<sup>15</sup> Es handelt sich dabei um eine Tabelle mit 17 000 OPS-Codes.<sup>16</sup> Damit können Leistungskombinationen abgebildet werden, ähnlich wie Diagnosekombinationen via CCs abgebildet werden. Weitere Leistungskombinationen wurden mit der «geriatrischen Komplexbehandlung» (OPS 8-550) und der Frührehabilitation (OPS 8-551) gebildet.
- Hauptkategorien mit besonders grosser Änderung der Anzahl GDRGs sind: Prä-MDC (+17 GDRGs), Kreislaufsystem (+11), hämatologische und solide Neubildungen (+21). Auch die Neurologie wurde erheblich umgestaltet.<sup>17</sup>
- Es gibt 11 Basis-GDRGs für beidseitige (bilaterale) Eingriffe (im Vorjahr: 1).
- Aufgrund der Verweildauer sind 107 GDRGs definiert.<sup>18</sup> Im Vorjahr waren es noch ca. 50 GDRGs.
- Bei gut einem Dutzend GDRGs wurde das Kriterium «ein Belegungstag oder ohne . . . CC» verwendet.<sup>19</sup>
- Es werden neu «implizite Ein-Belegungstag-DRGs» deklariert. Im GDRG-System 2005 gibt 216 solcher GDRGs. Im Gegenzug wurden die «expliziten Ein-Belegungstag-DRGs» von 47 auf 19 GDRGs abgebaut.<sup>20</sup> Bei «expliziten Ein-Belegungstag-DRGs» liegt die erwartete Verweildauer bei einem Tag. Bei «impliziten Ein-Belegungstag-DRGs» liegt die untere Grenzverweildauer bei zwei Tagen. Implizit eintägig sind solche GDRGs deshalb, weil der Kurzlieger-Abschlag in diesen Fällen aufgrund der tatsächlichen (gemeldeten) Kosten berechnet wurde.<sup>21</sup>
- Es gibt GDRGs, die Eingriffen aus verschiedenen Organgebieten kombinieren.<sup>22</sup> Sammel-DRGs werden z. T. aus mehreren Restklassen definiert.<sup>23</sup>
- Bei der Abbildung der Intensivpflege wird neu unterschieden zwischen operierten und nicht operierten Behandlungsfällen. Nebst der Beatmungsdauer werden nun auch noch gewisse intensivmedizinisch relevante Prozeduren berücksichtigt («komplexe OR-Prozeduren» und «hochkomplexe OR-Prozeduren» wie z.B. Herzoperationen, Transfusionen).<sup>24</sup>
- Die Zahl der Zusatzentgelte wurde fast verdreifacht und liegt nun bei 71. Eine wesentliche Neuerung stellt die Aufnahme von weiteren Implantanten, von teuren Medikamenten und von Blutprodukten dar, die jetzt nach aufwandbezogen abgerechnet werden können.

<sup>15</sup> Vgl. Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 2, 2004]: 1034.

<sup>16</sup> Die «bestimmten OR-Prozeduren» sind definiert in Tabelle TAB-BES-1 in Band 4 des Definitionshandbuchs.

<sup>17</sup> Vgl. Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 2, 2004]: 1024 f.

<sup>18</sup> Das Wort «Belegungstag» kommt in ca. 107 GDRG-Bezeichnungen vor.

<sup>19</sup> Zum Beispiel: B66B, B76D, E69B, G60B, H61C, H63C, . . .

<sup>20</sup> InEK [G-DRGs 2005, 2004]: 19.

<sup>21</sup> Gemäss persönlicher E-Post von M. Braun, InEK, vom 28.10.2005.

<sup>22</sup> Eine Basis-GDRG mit Eingriffen aus verschiedenen Organgebieten ist z. B. B02 («Kraniotomie oder komplexe Wirbelsäulen-OP»). – In Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 1, 2004]: 911 sind als weitere Beispiele B66B, I74A, J61A, X60Z aufgeführt.

<sup>23</sup> Ein Beispiel einer zusammengesetzten Sammel-DRG ist D28Z («Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals ausser bei bösartiger Neubildung oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung»).

<sup>24</sup> Vgl. Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 1, 2004]: 915 f.

Von GDRG-2005 zu  
GDRG-2006

### G-DRG 2006: Konsolidierung der Basis-DRGs und weiterer Ausbau

Wesentliche Änderungen von GDRG-2005 zu GDRG-2006 waren:<sup>25</sup>

- Gegenüber dem Vorjahr ist die Anzahl GDRGs um +76 gestiegen,
- Die Anzahl der Basis-GDRGs ist um –36 Basis-GDRGs reduziert worden. Eine ganze Reihe von Z-DRGs ist wieder zu den zugehörigen Basis-GDRGs zurückgeführt worden.<sup>26</sup>
- Für *Mehrfacheingriffe* ist ein Splitkriterium «an mehreren Lokalisationen» eingeführt worden. (Es ist bei 9 GDRGs verwendet worden.)
- Bezüglich der Intensivpflege werden nebst der Beatmungsdauer neu auch «Aufwandspunkte» nach *TISS/SAPS* als Gruppierungskriterium verwendet. (Davon sind 13 GDRGs betroffen.)
- Die GDRGs für *Schlaganfall*-Behandlungen wurden differenziert. Eine weitere Analyse und eventuelle Verfeinerung ist für die Folgeversion bereits vorgesehen.
- Die *CCL-Matrix* wurde überarbeitet.
- Es wurden Altersplits zur Bestimmung *pädiatrischer Behandlungen* eingeführt. Davon sind einige Dutzend GDRGs betroffen.
- Das Kostengewicht (*Relativgewicht*) wurde mit einem «*Justierungsfaktor*» multipliziert, mit dem Ziel, die nationale Casemix-Summe konstant zu halten.<sup>27</sup>
- Es gibt GDRGs mit sehr komplexen Inhalten; bei einer Reihe von GDRG-Bezeichnungen ist es sehr schwierig geworden, sich eine konkrete inhaltliche Vorstellung machen zu können.<sup>28</sup>

Von GDRG-2006 zu  
GDRG-2007

### G-DRG 2007: Methodik zur Analyse der CCL-Matrix und weiterer «umfassender Umbau»

Das GDRG-System wurde erneut «umfassend umgebaut», was wiederum zu einer «deutlich erhöhten Abbildungsgenauigkeit» führte.<sup>29</sup> Wichtige Themen waren die Plausibilitätsprüfung der gelieferten Daten,<sup>30</sup> die Klassifikation teurer Fälle (mehrzeitige Eingriffe, intensivmedizinische Komplexbehandlungen) und ein erster Schritt, um *CCL-Matrix* anhand der vorliegenden Daten zu verbessern.

Die Fallgruppenzahl stieg um +128 Gruppen auf 1 082 GDRGs. (Davon sind 1 034 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 105 Zusatzentgelte. (Davon sind 59 bewertet.)

Wesentliche Änderungen von GDRG-2006 zu GDRG-2007 waren:<sup>31</sup>

- Es wurde eine eigene Methodik zur datengestützten Überarbeitung der *CCL-Matrix* entwickelt. Es konnten erste, punktuelle Korrekturen vorgenommen werden:
  - 28 Diagnosen wurden gestrichen.
  - 17 Diagnosen wurden zurückgestuft (u. a. Inkontinenzcodes).

<sup>25</sup> Vgl. Heimig [G-DRGs 2006, 2005] sowie Fallpauschalenkatalog 2006 aus [http:// www.g-drg.de/](http://www.g-drg.de/).

<sup>26</sup> Der Ausdruck «CC» ist noch bei 42 Z-GDRGs Bestandteil der Bezeichnung (im Vorjahr: 117).

<sup>27</sup> Der Justierungsfaktor wurde aufgrund der Gegenüberstellung der Gruppierung der Daten (von 2004) nach GDRG-2005 und nach GDRG-2006 berechnet.

<sup>28</sup> Es gibt z. B. in der Version 2006 die GDRG K01C: «Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation und ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: ohne Gefäss-eingriff, mit äusserst schweren CC»; oder 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»; oder G07Z: «Appendektomie bei Peritonitis mit äusserst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äusserst schwere CC»; oder B03Z: «Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit äusserst schweren oder schweren CC oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie mit äusserst schweren CC».

<sup>29</sup> Vgl. Schlottmann N et al. [G-DRGs 2007, 2006]: 939 und Tuschen [G-DRGs 2007, 2006]: 622.

<sup>30</sup> Von den gelieferten 4.2 Mio. Fällen aus 263 Krankenhäusern wurden nach diversen Plausibilitäts- und Vollständigkeitskontrollen nur die Daten 2.9 Mio. Fällen aus 225 Krankenhäusern (Vorjahr 215) für die Gruppenanpassung und die Kostengewichtskalkulation verwendet.

<sup>31</sup> Vgl. Schlottmann N et al. [G-DRGs 2007, 2006], Heimig [G-DRGs 2007, 2006] sowie Fallpauschalenkatalog 2007 aus [http:// www.g-drg.de/](http://www.g-drg.de/).



- 19 Diagnosen wurden aufgewertet.
- 15 Diagnosen wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen.
- *Mehrfacheingriffe*: Beidseitig oder mehrzeitig.<sup>32</sup> (Für Eingriffe an mehrere Lokalisationen sind bereits im GDRG-System 2006 z. T. separate GDRGs definiert worden.)
- (?) 154 GDRGs mit *Kinder-Alterssplit* ausserhalb der Hauptkategorie «Neugeborene» (Vorjahr: 106). [Die vorliegenden Angaben sind widersprüchlich.]
- Diverse weitere Änderungen bei pädiatrische Behandlungen.
- Die *Zusatzentgelte für Medikamente* wurden mit Dosisklassen für Kinder ergänzt und separat bewertet.
- 31 neue DRGs zur besseren Abbildung von Extremkostenfällen.<sup>33</sup>
- Die per 1.1.05 generell eingeführten *Intensivscores* konnten TISS/SAPS wurden aufgrund der verbesserten Datenlage differenzierter genutzt werden. Nebst diversen Einzelkorrekturen wurden 11 neue GDRGs zur besseren Abbildung von intensivmedizinischen Behandlungen geschaffen.
- Es gibt nun 17 (Vorjahr 15) GDRGs für die *Frührehabilitation*, wovon allerdings nur 3 bewertet sind. Für *Schlaganfallpatienten* wurden 3 neue GDRGs geschaffen.

### G-DRG 2008: Neue Textelemente zum Zusammenzug komplexer Textinhalte sowie weitere Um- und Ausbauten

Der neue DRG-Katalog wird in der Pressemitteilung der Selbstverwaltung<sup>34</sup> als «ein weiterer Fortschritt auf dem Weg zu einer sachgerechten Abbildung von Krankenhausleistungen» bezeichnet. Wichtige Arbeiten waren: der Versuch, die komplexe Logik vieler GDRGs<sup>35</sup> textlich besser verständlich zu formulieren; vereinzelte Entflechtungen von GDRGs, welche unterschiedliche Behandlungen umfassten; eine zweite Bearbeitung der CCL-Matrix; klassifikatorische Überarbeitungen;<sup>36</sup> zusätzliche Differenzierungen in der Kostenkalkulation.

Die Fallgruppenzahl stieg um +55 Gruppen auf 1 137 GDRGs. (Davon sind 1 088 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 115 Zusatzentgelte. (Davon sind 64 bewertet.)

Wesentliche Änderungen von GDRG-2007 zu GDRG-2008 waren:<sup>37</sup>

- Themenverwandte GDRGs wurden zu *Basis-DRGs* zusammengefasst.<sup>38</sup> Das macht das System besser verständlich. Dabei wurde allerdings in Kauf genommen, dass sich einzelne GDRG-Codes in den Jahren 2007 und 2008 auf inhaltlich unterschiedliche DRGs beziehen.<sup>39</sup>
- Einzelne zusammengezogene GDRGs – exakt: 9 – wurden thematisch entflechtet («*entkondensiert*»)<sup>40</sup>.

Von GDRG-2007 zu  
GDRG-2008

<sup>32</sup> Mehrzeitigkeit z. T. als Split auf Basis-DRG-Ebene; in 8 Hauptkategorien (MDC 01, 03, 07, 10, 11, 13, 18B, 21B) neue DRG auf MDC-Ebene: «Mehrzeitige komplexe OR- Prozedur». – Beispiel: H033Z: «Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas» mit Kostengewicht von 6.6.

<sup>33</sup> Zum Beispiel werden die Fälle, die im GDRG-System 2006 der Gruppe G03Z (Grosse Eingriffe an Magen, Oesophagus und Duodenum) zugeteilt wurden, aufgeteilt in G03A/G03B (mit/ohne komplexe Prozeduren oder Diagnosen), G16A (Komplexe Rektumresektion), G35Z (Komplexe Vakuumbehandlung) und G36Z (Intensivmedizinische Komplexbehandlung).

<sup>34</sup> Gemeinsame Pressemitteilung der DKG, GKV und PKV vom 25.9.2007.

<sup>35</sup> Vgl. dazu auch: Fischer [GDRG-Verständlichkeit, 2007].

<sup>36</sup> In der gemeinsamen Pressemitteilung heisst es: «Begrüssenswerte Änderungen erfolgten etwa im Bereich der Intensivmedizin, der Kinderheilkunde und der Schlaganfall-Behandlung.» Heimig [G-DRGs 2008, 2007] erwähnt insbesondere: Neurologie, Endoskopie, «akuter Querschnitt» (B61Z) und Morbus Parkinson.

<sup>37</sup> Vgl. Heimig [G-DRGs 2008, 2007], InEK [G-DRGs 2008, 2007]: 12 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2008 aus <http://www.g-drg.de/>.

<sup>38</sup> Zum Beispiel: Strahlentherapie Atmungsorgane: GDRGs-2007 E08A, E08B, E09Z wurden zusammengefasst in Basis-GDRG (2008) E08 mit GDRGs (2008) E08A, E08B und E08C.

<sup>39</sup> Zum Beispiel bezog sich F50A in GDRG-2007 auf «Ablative Massnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexem Mappingverfahren mit äusserst schweren CC». In GDRG-2008 bezieht sich F50A auf «Ablative Massnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation». (Diese Bezeichnung gehörte in GDRG-2007 zum Code F27Z: «Ablative Massnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation».)

<sup>40</sup> Zum Beispiel lautete G-DRG C65Z in der Version von 2007: «Bösartige Neubildungen des Auges und Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus». In GDRG-2008 wurden daraus zwei GDRGs gemacht: G-DRG C65Z für «Bösartige Neubildungen des Auges» und G-DRG C66Z für «Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus».

- *GDRG-Bezeichnungen* wurden gekürzt. Dazu wurden als neues, zusammenfassendes Adjektiv «verschiedenartige» (3x), als neue Altersangabe «bei Kindern» (3x) sowie als neue Konjunktion «verbunden mit» (4x) eingeführt.<sup>41</sup> Es ist denkbar, dass einige der betroffenen Texte dadurch lesbarer geworden sind. Dies erleichtert prinzipiell die Verständigung. Wie das von Heimig angeführte und in der vorangegangenen Fussnote zitierte Beispiel von G46A gut veranschaulicht, wurde damit aber das Problem der Verständlichkeit nur verlagert: von einer komplizierten expliziten Logik (welche implizit weiterhin vorhanden ist) zu weniger Transparenz.
- Zur weiteren Überprüfung und Überarbeitung der *CCL-Matrix* wurde ein Algorithmus eingesetzt, dessen erste Version bereits zur Bearbeitung der CCL-Matrix von GDRG-2007 eingesetzt wurde. Es wurden ca. 450 Diagnosen überprüft. 151 Diagnosen wurden wie folgt korrigiert:
  - 32 Diagnosen wurden gestrichen (Vorjahr 28).
  - 46 Diagnosen wurden zurückgestuft (17).
  - 54 Diagnosen wurden aufgewertet (19).
  - 19 Diagnosen wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen (15).
- Die Daten zur *Kostenkalkulation* wurden differenziert durch die Verrechnung von Infrastrukturkosten im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung und durch «eine verbesserte Zurechnung» der Personal- und Sachkosten auf die einzelnen Kostenstellen. In der Pädiatrie gibt es nun eigenständige Kostenstellen für Neugeborenenzimmer, Pädiatrie und Neonatologie.

### G-DRG 2009: Bereinigungen sowie Aus- und Umbauten zu einzelnen Themen

Von GDRG-2008 zu GDRG-2009

Bei den diesjährigen Veränderungen des GDRG-Systems handelt es sich vorwiegend um Bereinigungen und einzelne etwas intensivere Arbeiten zu ausgewählten Themen.

«Klassifikatorische Änderungen erfolgen in den Bereichen der Intensivmedizin, der Schlaganfall-Behandlung und der Querschnittslähmung.»<sup>42</sup>

Die Fallgruppenzahl stieg um +55 Gruppen auf 1 192 GDRGs. (Davon sind 1 144 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 127 Zusatzentgelte. (Davon sind 74 bewertet.) Wesentliche Änderungen von GDRG-2008 zu GDRG-2009 waren:<sup>43</sup>

- Es wurden erneut inhaltsähnliche GDRGs zu Basis-GDRGs zusammengefasst.<sup>44</sup>
- Das Prinzip der Berücksichtigung von Komplikationen und Komorbiditäten in der CCL-Matrix wurde erweitert um «*Komplizierende Konstellationen*». Sie beziehen sich jeweils auf einzelne Hauptkategorien.

<sup>41</sup> Beispiel zur Verwendung von «verschiedenartige», «verbunden mit» sowie «bei Kindern»:

G-DRG G46A hiess 2007 «Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane mit komplizierenden Prozeduren oder komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äusserst schweren CC».

G-DRG G46A heisst in 2008 neu «Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit komplizierenden Prozeduren oder äusserst schweren CC oder verbunden mit äusserst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern» (Aus dem Definitionshandbuch erfährt man, dass in dieser G-DRG mit den «Kindern» Patienten «unter 15 Jahren» gemeint sind.)

<sup>42</sup> [www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/drg\\_system/gdrg/2009/\[2008-09\]](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/drg_system/gdrg/2009/[2008-09]).

<sup>43</sup> Vgl. InEK [G-DRGs 2009, 2008]: 12 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2009 aus <http://www.g-drg.de/>.

<sup>44</sup> Aus der Sicht der Basis-GDRGs gibt es nach wie vor eigentümliche Konstruktionen: Zum Beispiel wurde für R07A und R07B das Basis-GDRG-Konzept verwendet, R05Z und R06Z trotz analogem Inhalt jedoch nicht. (Diese Codierungsweise wurde auch noch in GDRG-2011 benutzt.)

**R05Z:** Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äusserst schweren CC.

**R06Z:** Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äusserst schwere CC.

**R07A:** Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, ausser bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äusserst schweren CC.

**R07B:** Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, ausser bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äusserst schwere CC.



- Für *intensivmedizinisch versorgte Kinder* gibt es zusätzliche GDRGs in der Ausnahme-Hauptkategorie («Prä-MDC»). Weitere zwei GDRGs wurden aufgrund der Codierungsmöglichkeit «intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter» gebildet.<sup>45</sup>
- Die Behandlung von Komplikationen bei *chronischer Querschnittlähmung* (z. B. Dekubitus oder Probleme an den Harnwegen) wurde über einige neu geschaffene bzw. mit dem (komplizierenden!) Zusatz «bei nicht akuter Paraplegie / Tetraplegie» ergänzte GDRGs abgedeckt.
- Die GDRGs für Behandlungen von Patienten mit *akutem Schlaganfall* wurden unter Verwendung des Prozedurencodes für «andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls» neu gesplittet und geordnet.
- Im Definitionshandbuch wurde logische Struktur der *GDRG-Definitionen* zum besseren Verständnis in Form von je einer Liste (vgl. Beispiel im folgenden Abschnitt) und einer Tabelle dargestellt.

In der neu eingeführten Listenform lautet die Definition von B17B («Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. ohne äußerst schw. CC, ohne kompliz. Diag. oder Ingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexem Ingr.»).<sup>46</sup>

Beispiel Definitionsliste:  
GDRG2009-B17B

- Hauptdiagnose aus Zerebrale Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie (TAB-B17-1)
  - Prozedur aus Eingriffe bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie (TAB-B17-4)
    - \* Diagnose aus Plexusläsionen (TAB-B17-3)
      - Prozedur aus Eingriffe bei Plexusläsionen (TAB-B17-7)
    - \* Prozedur aus Komplexe Eingriffe an Nerven (TAB-B17-8)
  - Prozedur aus Eingriffe an Nervensystem, Bewegungsapparat, Haut (TAB-B17-5)
    - \* Diagnose aus Plexusläsionen (TAB-B17-3)
      - Prozedur aus Eingriffe bei Plexusläsionen (TAB-B17-7)
    - \* Prozedur aus Komplexe Eingriffe an Nerven (TAB-B17-8)
- Prozedur aus Verschiedene Eingriffe an Nervensystem, Bewegungsapparat, Haut, Knochenbiopsien (TAB-B17-6)
  - Diagnose aus Plexusläsionen (TAB-B17-3)
    - \* Prozedur aus Eingriffe bei Plexusläsionen (TAB-B17-7)
  - Prozedur aus Komplexe Eingriffe an Nerven (TAB-B17-8)

### G-DRG 2010: Kein wesentlicher weiterer Anstieg der Anzahl GDRGs

Erstmals in der «GDRG-Geschichte» nahm die Anzahl definierter Fallgruppen kaum mehr zu. Während sich die Anzahl nun nur noch um 8 GDRGs erhöhte, waren es seit Beginn der GDRG-Entwicklung im Jahre 2003 jährlich immer mehr als 50.

«Schwerpunkte der klassifikatorischen Überarbeitung für 2010 sind hochkomplexe Eingriffe in der Abdominalchirurgie, die Wirbelsäulenchirurgie, ablativ Massnahmen in der Kardiologie und die Kinderintensivmedizin. Zusätzlich werden der primäre und der sekundäre Kaiserschnitt unterschiedlich bewertet.»<sup>47</sup>

Die Fallgruppenzahl stieg um +8 Gruppen auf 1 200 GDRGs. (Davon sind 1 152 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 143 Zusatzentgelte. (Davon sind 81 bewertet.)

Wesentliche Änderungen von GDRG-2009 zu GDRG-2010 waren:<sup>48</sup>

Von GDRG-2009 zu  
GDRG-2010

<sup>45</sup> Dass hier das Alter zur Bestimmung eines Prozedurencodes verwendet wird, ist klassifikatorisch gesehen un- schön, denn diese Information ist in einem separat erhobenen Feld im Falldatensatz bereits vorhanden.

<sup>46</sup> InEK [Def-HB G-DRGs 2007/2009 I, 2008]: 356.

<sup>47</sup> www.aok-gesundheitspartner.de / bundesverband / krankenhaushaus / drg \_ system / gdr / [2009-11].

<sup>48</sup> Vgl. InEK [G-DRGs 2010, 2009]: 11 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2010 aus <http://www.g-drg.de/>.

- Für *intensivmedizinisch versorgte Kinder* gibt es vier neue GDRGs.<sup>49</sup>
- Für den *Kaiserschnitt* gibt es nun acht (Vorjahr sechs) GDRGs zur Basis-GDRG O01. In fünf dieser GDRGs wird nach primärer und sekundärer Sectio unterschieden.
- Wiederum wurden einige *Basis-GDRGs* umbenannt. Der Schwerpunkt der Arbeiten lag dabei in Hauptkategorie 8 (Muskel-Skelett System und Bindegewebe).
- Im Definitionshandbuch wurden die *GDRG-Definitionen* stärker formalisiert und ausschliesslich in Form von Tabellen dargestellt. Dies erleichtert die Nachvollziehbarkeit. Insbesondere hilft die hierarchische Gliederung der Definitionstabellen die Logik der Bezeichnung besser zu verstehen.
- Im OPS-2010 gibt es neue Codes für Diagnostik und Behandlung, bei *psychischen und psychosomatischen Störungen* sowie für *hochaufwendige Pflege*.<sup>50</sup>

**Tafel 2:**  
Definitionstabelle zu  
GDRG2010-B17B

DRG B17B	Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. 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 komplexem Eingr.		
HD Zerebrale Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie (B17-1)	Pr Eingriffe bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie (B17-4)	Dg Plexusläsionen (B17-3)	Pr Eingriffe bei Plexusläsionen (B17-7)
		Pr Komplexe Eingriffe an Nerven (B17-8)	
	Pr Eingriffe an Nervensystem, Bewegungsapparat, Haut (B17-5)	Dg Plexusläsionen (B17-3)	Pr Eingriffe bei Plexusläsionen (B17-7)
		Pr Komplexe Eingriffe an Nerven (B17-8)	
Pr Verschiedene Eingriffe an Nervensystem, Bewegungsapparat, Haut, Knochenbiopsien (B17-6)	Dg Plexusläsionen (B17-3)	Pr Eingriffe bei Plexusläsionen (B17-7)	
		Pr Komplexe Eingriffe an Nerven (B17-8)	

Quelle: InEK [Def-HB G-DRGs 2010 I, 2009]: 352.

### G-DRG 2011: Konsolidierung

Von GDRG-2010 zu  
GDRG-2011

Die Fallgruppenzahl sank um -6 Gruppen auf 1 194 GDRGs. (Davon sind 1 149 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Dessen ungeachtet nahm die Komplexität der Bezeichnungen erneut leicht zu. – Es gibt nun 146 Zusatzentgelte. (Davon sind 82 bewertet.)

Mit der Zunahme von nur 8 GDRGs von Version 2009 auf Version 2010 und dem jetzigen Rückgang von 6 GDRGs scheint sich die Zahl der GDRGs bei etwa 1200 Gruppen zu konsolidieren. Die Varianzreduktion bezüglich der Fallkosten 2009 erhöhte sich um einzelne Zehntel von Prozentpunkten auf 75.6 % (Vorjahressystem bezüglich der Fallkosten 2009: 75.3 %).

Die Überarbeitungen für 2011 betrafen u. a. Umgruppierungen umstrittener und kostenintensiver Fälle sowie eine Sichtung und Bearbeitung von operativen «Rest-Gruppen» von sieben MDCs.

Wesentliche Änderungen von GDRG-2010 zu GDRG-2011 waren:<sup>51</sup>

- Operative *Rest-DRGs* von sieben MDCs wurden überarbeitet mit dem Ziel, wenig komplexe und klare Eingriffen zu bestehenden, niedriger vergütet GDRGs umzugruppieren.<sup>52</sup>

<sup>49</sup> GDRGs mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter sind zu finden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane (E40A, E77A) und bei Operationen an Verdauungsorganen (G03A, G38Z).

<sup>50</sup> www.dimdi.de / dynamic / de / dimdi / presse / pm / news \_ 0216.htm [2009-11].

<sup>51</sup> Vgl. InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 9 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2011 aus <http://www.g-drg.de/>.

<sup>52</sup> Details: InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 55 f.

- Die Basis-DRG B61 *Querschnittlähmung* wurde neu gesplittet, damit aufwändige Fälle, die nach der Akutversorgung (innerhalb von zwei Wochen) verlegt werden, separat vergütet werden können.<sup>53</sup>
- Wegen der Meinungsverschiedenheiten zur Wahl der Hauptdiagnose bei operativen oder interventionellen Gefässeingriffen beim *Diabetischen Flusssyndrom* (Basis-DRGs F27 und K60) wurden diese Eingriffe neu unabhängig von der Hauptdiagnose einheitlich eingruppiert.
- Es gab «eine Vielzahl von Detailveränderungen», um extrem teure Fälle im System sachgerecht abbilden zu können.<sup>54</sup>
- Es wurden 13 Diagnosen neu in die CCL-Matrix aufgenommen; drei weitere Diagnosen wurden aufgewertet; 10 Diagnosen wurden aus der CCL-Matrix gestrichen; drei weitere Diagnosen wurden abgewertet.<sup>55</sup>
- 91 Krankenhäuser, die Ausbildungsstätten sind, beteiligten sich an der erstmaligen Kalkulation der *Ausbildungskosten*.<sup>56</sup>

### G-DRG 2012: Zusatzentgelt hochaufwändige Pflege; erstmalige Ersatzvornahme

Die Fallgruppenzahl sank um -1 Gruppen auf 1 193 GDRGs. (Davon sind 1 148 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 150 Zusatzentgelte. (Davon sind 86 bewertet.) – Bei leichtem Anstieg der Zusatzentgelte blieb die Anzahl GDRGs also konstant. Die Komplexität der Bezeichnungen nahm erneut leicht zu.

Von GDRG-2011 zu GDRG-2012

«Schwerpunkte in der klassifikatorischen Weiterentwicklung waren insbesondere die Bereiche Intensivmedizin, Extremkosten, Behandlung von Kindern und der Abbau von Konfliktpotential bei der Kodierung.»<sup>57</sup> Erstmals hat das InEK Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege kalkuliert.<sup>58</sup>

Bisher haben sich die Spitzenverbände der Krankenhäuser und der Krankenkassen immer im Rahmen der «Selbstverwaltung» über den Fallpauschalenkatalog geeinigt. Dieses Jahr musste das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine «Ersatzvornahme» anordnen,<sup>59</sup> denn man konnte sich nicht einigen, wie die neuen «Pflegefördermittel»<sup>60</sup> in den Landesbasisfallwert überführt werden sollten.<sup>61</sup>

Wesentliche Änderungen von GDRG-2011 zu GDRG-2012 waren:<sup>62</sup>

- *Hochaufwändige Pflege*: Es gibt zwei neue Zusatzentgelte, die aufgrund des «Pflegekomplexmassnahmen-Scores» (PKMS) definiert sind: ZE130 für die hochaufwändige Pflege von Erwachsenen (ca. 1 300 €) sowie ZE131 für die hochaufwändige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen (ca. 2 800 €).<sup>63</sup> Diese beiden Zusatzentgelte wurden geschaffen, damit eine gesetzliche Vorgabe erfüllt werden kann: Sie verlangt, dass die zusätzlichen Pflegefördermittel gezielt in Bereichen mit erhöhtem Pflegeaufwand eingesetzt werden.<sup>64</sup> – Die aufwändige Pflege wurde nicht in Form von DRG-Verfeinerungen ins GDRG-System eingebunden, sondern in Form von Zusatzentgelten. Diese sind unabhängig von den einzelnen DRGs und können damit grundsätzlich bei jedem Patienten angewandt werden.<sup>65</sup> Die Kalkulationskrankenhäuser codierten im zweiten Erhebungshalbjahr 2010 eine hochaufwändige Pflege bei

<sup>53</sup> Details: InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 57 ff.

<sup>54</sup> InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 10; vgl. auch S. 45.

<sup>55</sup> InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 34+119

<sup>56</sup> InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 92 ff.

<sup>57</sup> [http://www.gkv-spitzenverband.de/KH\\_DRG\\_System\\_G\\_DRG\\_2012.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_DRG_System_G_DRG_2012.gkvnet) [2011-11-30]

<sup>58</sup> <http://www.ivkk.de/mitteilungen/60-drg-katalog-2012-vorgelegt> [2011-09-01].

<sup>59</sup> <http://www.ivkk.de/mitteilungen/160-ersatzvornahme-fuer-fallpauschalenkatalog> [2011-11-23].

<sup>60</sup> Es wurde eine dreijähriges Pflegesonderprogramm mit einem Budget von 533 Mio. € eingerichtet. – [http://www.gkv-spitzenverband.de/KH\\_DRG\\_System\\_G\\_DRG\\_2012.gkvnet](http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_DRG_System_G_DRG_2012.gkvnet) [2011-11-30]

<sup>61</sup> Im Pflegekategorisierungssystem PPR wurde dazu die zusätzliche Pflegekategorie «A4» geschaffen. – [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/157/aid/8842/title/G-DRG-Katalog\\_2012\\_veroeffentlicht](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/157/aid/8842/title/G-DRG-Katalog_2012_veroeffentlicht) [2011-11-30].

<sup>62</sup> Vgl. InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 10 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2012 aus <http://www.g-drg.de/>.

<sup>63</sup> InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 10 + 48 f.

<sup>64</sup> [http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/157/aid/8842/title/G-DRG-Katalog\\_2012\\_veroeffentlicht](http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/157/aid/8842/title/G-DRG-Katalog_2012_veroeffentlicht) [2011-11-30].

<sup>65</sup> Zu den Einbindungsmöglichkeiten der Pflege in DRGs vgl. Fischer [Pflege/DRG, 2001].

0.5 % der Fälle. Geschätzt wird, dass der effektive Anteil bei 0.8 % bis 1.1 % liegt. In die Berechnung der Zusatzentgelte gingen Kostendaten von 12 000 Fällen mit hochaufwändiger Pflege ein.<sup>66</sup> – Bei der Kalkulation der Kostengewichte wurden die Fälle mit hochaufwändiger Pflege nicht berücksichtigt. Dies kann bei DRGs mit hohem Anteil solcher Fälle und bei schwach belegten DRGs einen grossen Einfluss auf die neuen Kostengewichte haben.

- *Intensivmedizin und Pädiatrie*: Da ab 2010 «intensivmedizinische Komplexbehandlungen im Kindesalter» (OPS-Code 8-98d) nicht mehr nach Stunden, sondern nach der Anzahl der Aufwandpunkte unterteilt waren, konnten bei allen intensivmedizinischen GDRGs, die für Erwachsene nach Aufwandpunkten verfeinert wurden, auch Aufwandpunkteklassen für Kinder hinzugefügt werden.<sup>67</sup> Damit wurden intensivmedizinische Behandlungen bei Kindern zum Teil deutlich aufgewertet.
- Überarbeitung der *CCL-Matrix*: ...<sup>68</sup>
- Verminderung von unterschiedlicher GDRG-Zuteilung bei *Kodiervarianten*: ...<sup>69</sup>

<sup>66</sup> InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 49.

<sup>67</sup> Beispiel für intensivmedizinische Aufwandpunkteklassen für Kinder und Erwachsene: A36B: «Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandpunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zelle».

<sup>68</sup> InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 33 f.

<sup>69</sup> InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 11 + 62 ff.

#### H.4.4 Anzahl Behandlungsfallgruppen

**Tafel 3:** Anzahl GDRGs (Teil 1)

Jahr	Anzahl Basis-GDRGs	Anzahl GDRGs	Unterschied zum Vorjahr	Anteil gemeinsamer GDRG-Codes mit Vorjahr	Bewertete GDRGs	Teilstationäre GDRGs
2012	595	1 193	-1	0.98	1 148	5
2011	594	1 194	-6	0.98	1 149	5
2010	593	1 200	+8	0.95	1 152	5
2009	609	1 192	+55	0.91	1 144	5
2008	605	1 137	+55	0.91	1 088	5
2007	593	1 082	+128	0.78	1 034	5
2006	578	954	+76	0.71	911	2
2005	614	878	+54	0.60	843	1
2004	471	824	+160	0.55	804	–
2003	411	664	0	0.99	642	–

**Tafel 4:** Anzahl GDRGs (Teil 2) und Anzahl Zusatzentgelte

Jahr	Anzahl GDRGs	Ein-Belegungstag-DRG, explizit	Ein-Belegungstag-DRG, implizit	Kinder-GDRGs	Zusatz-Entgelte	Zusatz-Entgelte differenziert
2012	1 193	23	320	.	150	1668
2011	1 194	23	301	.	146	1568
2010	1 200	22	295	206	143	1458
2009	1 192	21	276	208	127	1201
2008	1 137	19	249	198	115	1077
2007	1 082	18	244	171	105	
2006	954	18	241	92	84	
2005	878	18	216	63	71	
2004	824	46		67	26	
2003	664	–	–	32	0	

Die Spalte «Anteil gemeinsamer Codes mit dem Vorjahr» bezieht sich auf die GDRG-Codes (z. B. «B02B») und nicht auf die GDRG-Bezeichnungen. Dass sich teilweise auch die GDRG-Inhalte verändert haben, bleibt in dieser Kennzahl unberücksichtigt.

Als «explizite Ein-Belegungstags-DRGs» wurden GDRGs mit einer erwarteten Verweildauer von einem Tag gezählt.

Als «implizite Ein-Belegungstags-DRGs» wurden GDRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen gezählt. Bei der Kalkulation der Gewichte in solchen DRGs wurden die Fälle mit einem Belegungstag separiert und deren Gewicht separat berechnet.<sup>70</sup>

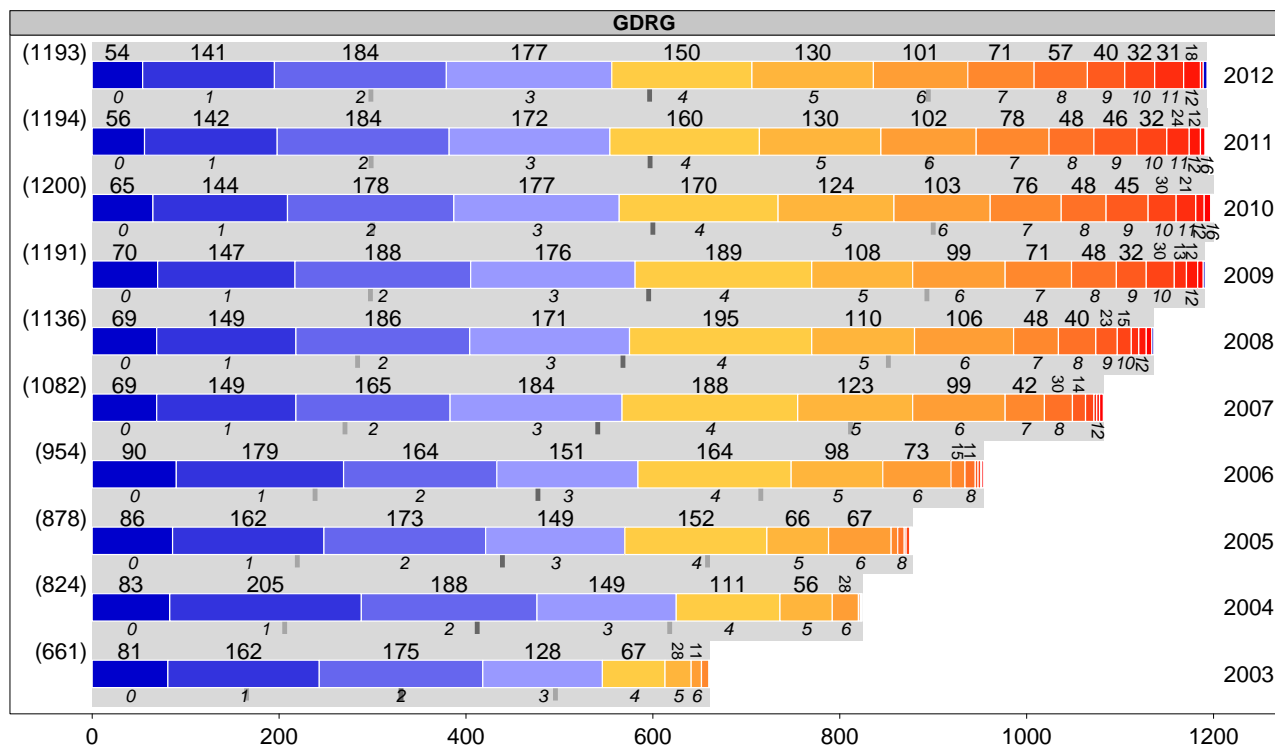
Als «Kinder-GDRGs» gelten hier GDRGs, welche einen Split unterhalb von 19 Jahren aufweisen.

In der Spalte «Zusatz-Entgelte differenziert» ist die Anzahl der nach OPS-Codes differenzierten Zusatzentgelte eingetragen.<sup>71</sup>

*Legende*

<sup>70</sup> Vgl. Roeder N et al. [Lernendes Vergütungssystem, 2008]: 27.

<sup>71</sup> Anlagen 5 und 6 der GDRG-Fallpauschalentabellen.

**Tafel 5: 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] 30.11.2011

### Legende

Die obige Grafik zeigt die Anzahl GDRGs aller Versionen seit 2003 und gibt einen Hinweis zur Komplexität der GDRG-Bezeichnungen.<sup>72</sup> Die *Länge der Balken* ist proportional zur Anzahl der GDRGs.

Die *Färbung der Balken* (sowie die Ziffern unterhalb der Balken) zeigt die Anzahl der Konjunktionen an, die zur Bezeichnung der einzelnen GDRGs verwendet wurden.<sup>73</sup> Für GDRG-Bezeichnungen mit bis zu drei Konjunktionen wurde Blau verwendet, für Bezeichnungen mit vier und mehr Konjunktionen Gelb bis Rot. Die Zahlen oberhalb der Balken geben an, wieviele GDRGs es pro Balkenabschnitt gab. (Im GDRG-System 2008 gab es z. B. 191 GDRGs, in deren Bezeichnung vier Konjunktionen vorkamen.)

Anstieg der Anzahl  
komplexer  
Bezeichnungen

Die Grenze zwischen blauer und gelber Färbung liegt seit 2005 einigermassen konstant bei ungefähr 570 GDRGs. Die Anzahl seither zusätzlich gebildeter GDRGs entsprach also der Anzahl neuer GDRG-Bezeichnungen mit mehr als vier Konjunktionen.

In den Jahren 2007 bis 2009 lag die Anzahl von GDRGs mit bis zu sechs Konjunktionen bei ungefähr 980 GDRGs. Die Erhöhung der Anzahl GDRGs ging somit einher mit der Schaffung von neuen Bezeichnungen, die sieben und mehr Konjunktionen enthalten.

In den Jahren 2009 bis 2012 stagnierte die Anzahl GDRGs. Die Linksverschiebung der Balkenabschnitte in der Grafik zeigt, dass dessen ungeachtet die Anzahl der Konjunktionen und damit die Komplexität der Bezeichnungen weiterhin – leicht – anstieg.

<sup>72</sup> Vgl. Fischer [GDRG-Verständlichkeit, 2007].

<sup>73</sup> Als Konjunktionen wurden folgende Wörter und Satzzeichen gezählt: «und», «oder», «(verbunden) mit», «ohne», «ausser», «bei», «Alter»; Komma, Schrägstrich, Klammernpaar. Mehrere aufeinanderfolgende Konjunktionen wurden nur als eine einzige Konjunktion gezählt.



#### H.4.5 Schweregradkategorien

Jahr	Z	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Anzahl GDRGs	Anzahl Basis-GDRGs
2012	290	305	305	145	70	34	24	12	5	3	1 193	595
2011	289	305	305	145	71	35	24	13	5	2	1 194	594
2010	293	300	300	150	73	38	26	13	5	2	1 200	593
2009	309	300	300	143	67	34	22	10	4	2	1 191	609
2008	318	286	285	132	59	28	17	6	3	2	1 136	604
2007	328	265	265	116	53	30	15	6	3	1	1 082	593
2006	353	225	225	88	33	18	7	4	1		954	578
2005	454	160	160	66	26	8	3	1			878	614
2004	236	235	235	85	29	4					824	471
2003	213	196	196	50	6						661	409

**Tafel 6:**

Anzahl GDRGs nach Schweregradkategorien

#### H.4.6 Ökonomische Homogenität

Jahr	R <sup>2</sup> in % alle Fälle	R <sup>2</sup> in % getrimmt	Anzahl DRGs
2012	75.4	84.4	1 193
2011	75.6	84.3	1 194
2010	74.4	84.3	1 200
2009	74.4	83.5	1 192
2008	72.1	81.7	1 137
2007	70.7	80.5	1 082
2006	68.1	78.9	954
2005	63.9	78.0	878
2004	55.3	70.0	824
2003	46.6	62.3	664

**Tafel 7:**

Varianzreduktion der Kosten

Die Varianzreduktion ist nicht nur abhängig vom beurteilten Patientenklassifikationssystem, sondern auch von der verwendeten Datenbasis. Die beispielsweise für das GDRG-System 2008 angegebene Varianzreduktion wurde aufgrund der Kalkulationsdaten von 2006 gerechnet. Wird sie später aufgrund der Daten von 2007 und 2008 gerechnet, werden sich neue Werte ergeben. Solche Differenzen können sich im Prozentbereich bewegen.

Die Varianzreduktion ist abhängig von den verwendeten Daten.

Ab der GDRG-Version 2004 wurde ein Homogenitätskoeffizient «HK» eingeführt. Er wird berechnet als:  $1 / (1 + \text{Variationskoeffizient})$ .<sup>74</sup> Aus dem Homogenitätskoeffizient kann der Variationskoeffizient berechnet werden als:  $1 / \text{Homogenitätskoeffizient} - 1$ .

Homogenitätskoeffizient

<sup>74</sup> Braun [GDRG-Entwicklung, 2003]: 33.

**Tafel 8:**  
Überleitungstabelle  
Variationskoeffizient  
(VK) –  
Homogenitätskoeffizient  
(HK)

Variations- koeffizient	Homogenitäts- koeffizient
0.00	100 %
0.11	90 %
0.25	80 %
0.33	75 %
0.43	70 %
<b>0.50</b>	67 %
0.54	65 %
0.67	60 %
0.75	57 %
0.82	55 %
1.00	<b>50 %</b>
1.50	40 %
2.00	33 %
2.33	30 %
4.00	20 %

#### H.4.7 Ausgewählte Internet-Adressen

**Tafel 9:** Internetadressen zum G-DRG-System

Bereich	Abkürzung	Bezeichnung	Internetadresse
Behörden	BMG	Bundesministerium für Gesundheit	<a href="http://www.bmg.bund.de/">http:// www.bmg.bund.de /</a>
Entwicklung und Wartung	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	<a href="http://www.g-drg.de/cms/index.php">http:// www.g-drg.de / cms / index.php /</a> Das _ Institut
Daten	G-DRG	Definitionshandbücher G-DRG	<a href="http://www.g-drg.de/">http:// www.g-drg.de /</a>
	ICD-10-GM	ICD-10, German Modification	<a href="http://www.dimdi.de/de/klasse/diagnosen/icd10/">http:// www.dimdi.de / de / klassi / diagnosen / icd10 /</a>
	OPS-301	Operationsschlüssel nach §301 SGB V	<a href="http://www.dimdi.de/de/klasse/prozeduren/ops301/">http:// www.dimdi.de / de / klassi / prozeduren / ops301 /</a>
Online-Groupen (Auswahl)	DRG Research Group	WebGroupen der Stabsstelle Medizin Controlling am Universitätsklinikum Münster	<a href="http://www.drg-research.de/de/webgroup/m.webgroup.php">http:// www.drg-research.de / de / webgroup / m.webgroup.php</a>
Foren und Info-Dienste (Auswahl)	DRG Research Group	DRG Research Group der Stabsstelle Medizincontrolling am Universitätsklinikum Münster	<a href="http://www.drg-research.de/">http:// www.drg-research.de /</a>
	AOK DRG-Info	DRG-Informationen der AOK	<a href="http://www.krankenhaus-aok.de/drg_system/">http:// www.krankenhaus-aok.de / drg_system /</a>
	MedInfoWeb	Literatur und Links zum Thema «DRGs» von Michael Thieme	<a href="http://www.medinfoweb.de/">http:// www.medinfoweb.de /</a>
	myDRG	Deutschsprachiges DRG-Diskussionsforum von Burkhard Sommerhäuser	<a href="http://www.mydrg.de/">http:// www.mydrg.de /</a>

#### Literaturverzeichnis

##### BMG-D (1997) Weiterentwicklung FP-SE

Bundesministerium für Gesundheit [Hrsg.]. *Gutachten Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach der Bundespflegesatzverordnung: Bericht zu den Forschungsprojekten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Baden-Baden (Nomos) 1997.

##### Braun (2003) GDRG-Entwicklung

Braun M. *Das deutsche DRG-Institut – Struktur, Aufgabe und Stand der G-DRG-Weiterentwicklung*. Folien Herbst-Vorstandekonferenz BALK, Günzburg (InEK) 2003: 44 S.

##### Fischer (2001) Pflege/DRG

Fischer W. *Möglichkeiten zur Abbildung der Pflege in DRG-Systemen*. Auszug aus: Fischer [DRG+Pflege, 2002] 2001: Kap. E. Internet: [http:// www.fischer-zim.ch / auszuege-drg-pflege / Pflege-in-DRG-Systemen-0109.htm](http://www.fischer-zim.ch/auszuege-drg-pflege/Pflege-in-DRG-Systemen-0109.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](http://www.fischer-zim.ch/studien/DRG-Pflege-0112-Info.htm).

### Fischer (2007) GDRG-Verständlichkeit

Fischer W. *Sprechen Sie G-DRG?*. G-DRG 2007: Statistische Optimierung zu Lasten fachsprachlicher Verständlichkeit. In: Streiflicht ZIM 2007(15)1. Internet: <http://www.fischer-zim.ch/streiflicht/GDRG-2007-Sprache-0701.htm>.

### Heimig (2005) G-DRGs 2006

Heimig F. *G-DRGs 2006*. Klassifikation und Bewertung. Folien, Neuss (3M Health Care Forum) 2005: 50 S. Internet (obsolet): [http://www.3m-drg.de/html/pdf/forum\\_neuss\\_050922/heimig.pdf](http://www.3m-drg.de/html/pdf/forum_neuss_050922/heimig.pdf).

### Heimig (2006) G-DRGs 2007

Heimig F. *G-DRGs 2007*. Klassifikation und Bewertung. Folien, Berlin (DKG-Informationsveranstaltung: Das G-DRG-System 2007) 2006: 106 S. Internet: <http://www.dkgv.de/pdf/1440.pdf>.

### Heimig (2007) G-DRGs 2008

Heimig F. *G-DRGs 2008*. Was bringt der Katalogwechsel Neues?. Folien, Neuss (3M Health Care Forum) 2007: 47 S.

### InEK (2003) G-DRGs 2004

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Band I: Projektbericht. 2003: 110 S. Internet (obsolet): [http://inek.customer.msimg.de/service/download/Projektbericht2003/Abschlussbericht\\_G-DRG\\_2004\\_0312191200\\_BI.pdf](http://inek.customer.msimg.de/service/download/Projektbericht2003/Abschlussbericht_G-DRG_2004_0312191200_BI.pdf).

### InEK (2004) G-DRGs 2005

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2005*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Band I: Projektbericht. 2004: 140 S. Internet (obsolet): [http://www.g-drg.de/service/download/veroeff\\_2005/Abschlussbericht\\_G-DRG-2005\\_0412201200.pdf](http://www.g-drg.de/service/download/veroeff_2005/Abschlussbericht_G-DRG-2005_0412201200.pdf).

### InEK (2007) G-DRGs 2008

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2008*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. 2007: 222 S. Internet: [http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/content/download/1589/11253/version/3/file/Abschlussbericht\\_G-DRG-System2008.pdf](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/content/download/1589/11253/version/3/file/Abschlussbericht_G-DRG-System2008.pdf).

### InEK (2008) Def-HB G-DRGs 2007/2009 I

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *G-DRG. German Diagnosis Related Groups. Version 2007/2009*. Definitionshandbuch, Band 1 (DRGs A01A-F96Z). 2008: 894 S. Internet: [http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2009/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch\\_2009](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2009/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2009).

### InEK (2008) G-DRGs 2009

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2009*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. 2008: 224 S. Internet: [http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/content/download/2008/13843/version/1/file/Abschlussbericht\\_G-DRG-System2009.pdf](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/content/download/2008/13843/version/1/file/Abschlussbericht_G-DRG-System2009.pdf).

### InEK (2009) Def-HB G-DRGs 2010 I

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *G-DRG. German Diagnosis Related Groups. Version 2010*. Definitionshandbuch, Band 1 (DRGs A01A-F98Z). 2009: 916 S. Internet: [http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System\\_2010/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch\\_2010](http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2010/Definitionshandbuch/Definitionshandbuch_2010).

### InEK (2009) G-DRGs 2010

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. 2009: 198 S. Internet: [http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek\\_site\\_de/content/download/2488/16672/version/1/file/Abschlussbericht\\_G-DRG-System2010.pdf](http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/content/download/2488/16672/version/1/file/Abschlussbericht_G-DRG-System2010.pdf).

### InEK (2010) G-DRGs 2011

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. 2010: 179 S. Internet: [http://www.g-drg.de/cms/index.php/content/download/2950/19515/version/1/file/Abschlussbericht\\_G-DRG-System2011.pdf](http://www.g-drg.de/cms/index.php/content/download/2950/19515/version/1/file/Abschlussbericht_G-DRG-System2011.pdf).

### InEK (2011) G-DRGs 2012

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2012*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. 2011: 189 S. Internet: [http://www.g-drg.de/cms/content/download/3400/28515/version/1/file/Abschlussbericht\\_G-DRG-System2012.pdf](http://www.g-drg.de/cms/content/download/3400/28515/version/1/file/Abschlussbericht_G-DRG-System2012.pdf).

### Klauber et al. (2008) KH-Report 2007

Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H [Hrsg.]. *Krankenhaus-Report 2007*. Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?. Stuttgart New York (Schattauer) 2008: 491 S. Info unter: [http://wido.de/khr\\_2007.html](http://wido.de/khr_2007.html).

### Neubauer et al. (1987) Fallgruppenbildung

Neubauer G, Sonnenholzner-Roche A, Unterhuber H. *Die Problematik einer Fallgruppenbildung im Krankenhaus*. In: Krankenhaus Umschau 1987/1: 27–34.

### Neubauer et al. (1992) PMC-Ergebnisse

Neubauer G, Demmler G, Eberhard G, Rehermann P. *Erprobung der Fallklassifikation «Patient Management Categories» für Krankenhauspatienten*. Ergebnisbericht. Baden-Baden (Nomos) 1992: ca. 360 S.

### Neubauer et al. (1992) PMC-Prüfung

Neubauer G, Demmler G, Eberhard G. *Erprobung der Fallklassifikation «Patient Management Categories» für Krankenhauspatienten*. Anlagenbericht: Klinische Überprüfung der Plausibilität für die Bundesrepublik Deutschland. Baden-Baden (Nomos) 1992: 356 S.

**Neubauer et al. (1992) PMC-Innere Medizin**

Neubauer G, Rehermann P, Träger R. *Erprobung der Fallklassifikation «Patient Management Categories» (PMCs) für die Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting und dem Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe*. Baden-Baden (Nomos) 1992: 130 S.

**Roeder et al. (2004) G-DRGs 2005 Teil 1**

Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H, Fürstenberg T, Hensen P, Loskamp N, Franz D, Glocker S, Wenke A, Reinecke H, Irps S, Rochell B. *G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (I)*. In: *Das Krankenhaus 2004/11*: 908–921. Internet: [http://www.drg-research.de/de/downloads/literatur/kh1104\\_drg2005\\_teil\\_1.zip](http://www.drg-research.de/de/downloads/literatur/kh1104_drg2005_teil_1.zip).

**Roeder et al. (2004) G-DRGs 2005 Teil 2**

Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H, Fürstenberg T, Hensen P, Loskamp N, Franz D, Glocker S, Wenke A, Reinecke H, Irps S, Rochell B, Borchelt M. *G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (II)*. Spezifische Änderungen in medizinischen Leistungsbereichen. In: *Das Krankenhaus 2004/12*: 1022–1039. Internet: [http://www.drg-research.de/de/downloads/literatur/kh1204\\_drg2005\\_teil\\_2.zip](http://www.drg-research.de/de/downloads/literatur/kh1204_drg2005_teil_2.zip).

**Roeder et al. (2005) G-DRGs 2005 Teil 3**

Roeder N, Fiori W, Bunzemeier H, Hensen P, Loskamp N, Franz D, Fürstenberg T, Wenke A, Irps S, Rochell B. *G-DRG-System 2005: Was hat sich geändert? (III)*. Problembereiche und zusammenfassende Bewertung. In: *Das Krankenhaus 2005/1*: 23–37. Internet: [http://www.drg-research.de/de/downloads/literatur/kh0105\\_drg2005\\_teil\\_3.zip](http://www.drg-research.de/de/downloads/literatur/kh0105_drg2005_teil_3.zip).

**Roeder N et al. (2008) Lernendes Vergütungssystem**

Roeder N, Bunzemeier H, Fiori W. *Ein lernendes Vergütungssystem*. Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preissystem. In: Klauber et al. [KH-Report 2007, 2008] 2008: 23–47.

**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.

**Tuschen (2003) G-DRGs 2004**

Tuschen KH. *Erster deutscher DRG-Fallpauschalen-Katalog gravierend verbessert*. In: *f&w 2003(20)5*: 426–432.

**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.