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: 12.10.2015

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 Konstruktionsprinzipen beginnt . . . 6
G-DRG 2006: Konsolidierung der Basis-DRGs und weiterer Ausbau . . . 7
G-DRG 2007: Methodik zur Analyse der CCL-Matrix und weiterer «umfassender Umbau» . . . 7
G-DRG 2008: Neue Textelemente zum Zusammenzug komplexer Textinhalte 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 . . . 11
G-DRG 2011: Konsolidierung . . . 11
G-DRG 2012: Zusatzentgelt hochaufwändige Pflege; erstmalige Ersatzvornahme . . . 12
G-DRG 2013: Umbau der CCL-Matrix und punktuelle Verfeinerungen . . . 14
G-DRG 2014: Neuberechnung Fallschweregrad (PCCL) und weitere punktuelle Verfeinerungen . . . 14
G-DRG 2015 . . . 15
G-DRG 2016: Erweiterung der CCL-Skala und Einführung von «schwersten CCs» . . . 15
H.4.4 Hauptkategorien . . . 16
H.4.5 Anzahl Behandlungsfallgruppen . . . 17
H.4.6 Zustandsbezogene Schweregradkategorien . . . 23
H.4.7 Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege . . . 24
H.4.8 Ökonomische Homogenität . . . 25
H.4.9 Ausgewählte Internet-Adressen . . . 26
Literaturverzeichnis . . . 26

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 Schweregrad-Kategorisierung[1] pro Behandlungsfall wird aufgrund aller vorhandenen Diagnosen berechnet (PCCL-Wert. – Ab GDRG-2016 wurden die ursprünglich fünf PCCL-Stufen um die Stufe «schwerste CC» erweitert.)
- Nebst den üblichen DRG-basierten Fallpauschalen gibt es bereits seit GDRG-2004 sogenannte «Zusatzentgelte». (Als «Zusatzentgelte» wurden zusätzlich abrechenbare Pauschalen bezeichnet, u. a. für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren, für Dialysen oder für sporadisch auftretende teure Leistungen, die über mehrere DRGs verteilt auftreten, z. B. für teure Medikamente oder spezielle Therapien.)
- Es gibt unbewertete DRGs, deren Preise zwischen Krankenhaus und Kassen ausgehandelt werden müssen.
- Die Varianzreduktion ist sehr hoch, die DRG-Inhalte sind aber z. T. sehr komplex.[2] (Zur hohen Varianzreduktion trägt auch die Ausgliederung der vielen Zusatzentgelte bei.)
- 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 wurde die zweifache Standardabweichung, maximal aber 17 Tage (sogenannter «Maximalabstand») zur durchschnittlichen Verweildauer addiert.[3]
- 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.[4]

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.

DRG-Prüfung

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[5] innerhalb der dreistelligen

[1] Die Details der CCL- und PCCL-Zuordnung sind im AR-DRG-Kapitel von Fischer [DRG-Systeme, 2000] beschrieben.
[2] Vgl. dazu: Fischer [GDRG-Verständlichkeit, 2007].
[3] InEK [G-DRGs 2004, 2003]: 34 f.
[4] Vgl. InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 69
[5] Die Verweildauern wurden bei der Bildung der ersten DRG-Systeme als Homogenitätsmass verwendet.

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 %.[6]

PMC-Studie

In der Folge wurde das alternative System der Patient Management Categories (PMC) auf deutsch übersetzt und geprüft. Die umfangreiche Studie unter Leitung von Prof. G. Neubauer wurde 1990 beendet.[7] 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.[8]

Fallpauschalen und Sonderentgelte

Eigenes System

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.

BPflV 1995: Fallpauschalen und Sonderentgelte

Die Arbeiten mündeten in das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in der Bundespflegesatzverordnung '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 definitiert, neu berechnet und/oder aufgeteilt. Damit sollte u. a. übermässigen Zahlungen bei Dilatationen und Linksherzkatheder (SE Gruppen 20 und 21), in der Transplantationsmedizin und bei Frühverlegungen in Rehabilitationskliniken oder in die Akutgeriatrie entgegengewirkt werden.[9] 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).

Übergabe der Weiterentwicklung der Entgeltkataloge an die «Selbstverwaltung»

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 Krankenhausseite die Deutsche Krankenhausgesellschaft (BPflV 1995 § 15 Abs. 1).

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

Wechsel zu AR-DRG

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.

Übersetzung von ARDRG-4.1

Bei der ersten Version, die im Jahre 2003 im Rahmen des sogenannten «Optionsmodel-

[6] Nach Neubauer et al. [Fallgruppenbildung, 1987]: 30.
[7] Neubauer et al. [PMC-Ergebnisse, 1992]; Neubauer et al. [PMC-Prüfung, 1992].
[8] Neubauer et al. [PMC-Innere Medizin, 1992].
[9] BMG-D [Weiterentwicklung FP-SE, 1997].

les» 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.

G-DRG 2004: Umfangreiche Erweiterung der Anzahl GDRGs

Von GDRG-1.0 (für 2003) zu GDRG-2004

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.[10] 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.[11]

Wesentliche Änderungen von GDRG-1.0 zu GDRG-2004 waren:[12]

- 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 Gechlechtsorgane (+13) Neugeborene (+13), Hämatologische und solide Neubildungen (+21), Polytrauma (+5, d. h. von 6 auf 11 GDRGs).
- Es gibt neu 26 sogenannte «Zusatzentgelte», d. h. von Fall zu Fall zusätzlich abrechenbare Pauschalen (davon 25 mit krankenhausindividuell zu vereinbarenten Pauschalen).
- Ein *Homogenitätskoeffizient* «HK» wird eingeführt. Er wird berechnet als 1 / (1 + Variationskoeffizient).[13]
- *Verlegungen* werden über Abschläge geregelt. Damit ist «Verlegung» kein Definitionskriterium mehr für GDRGs.[14]
- 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.

[10] KFPV 2004; http:// gdrg.de / cms / index.php / inek _ site _ de / layout / set / standard / archiv / systemjahr _ 2004 _ bzw _ datenjahr _ 2002.
[11] Tuschen [G-DRGs 2004, 2003]: 427.
[12] InEK [G-DRGs 2004, 2003]: 55 ff.
[13] InEK [G-DRGs 2005, 2004]: 68 f.
[14] 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.

G-DRG 2005: Aufbrechen der australischen Konstruktionsprinzipen beginnt

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

Wesentliche Änderungen von GDRG-2004 zu GDRG-2005 waren:[15]

- 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».[16] Das heisst, dass die im australischen System noch codierten Basis-GDRGs im GDRG-System auf Benutzerseite nur noch implizit vorhanden 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 aufgeben 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.[17] Es handelt sich dabei um eine Tabelle mit 17 000 OPS-Codes.[18] Damit können Leistungskombinationen abgebildet werden, ähnlich wie Diagnosekombinationen via CCs abgebildet werden. Weitere Leistungskombinationen wurden mit der «geriatrischen Komplexbehandlung» (OPS 8-550) und der Frührehabiliation (OPS 8-552 und 8-559) 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.[19]
- Es gibt 11 Basis-GDRGs für beidseitige (bilaterale) Eingriffe (im Vorjahr: 1).
- Aufgrund der Verweildauer sind 107 GDRGs definiert.[20] Im Vorjahr waren es noch ca. 50 GDRGs.
- Bei gut einem Dutzend GDRGs wurde das Kriterium «ein Belegungstag oder ohne . . . CC» verwendet.[21]
- 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.[22] 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.[23]
- Es gibt GDRGs, die Eingriffen aus verschiedenen Organgebieten kombinieren.[24] Sammel-DRGs werden z. T. aus mehreren Restklassen definiert.[25]

---

15 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].

16 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.)

17 Vgl. Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 2, 2004]: 1034.

18 Die «bestimmten OR-Prozeduren» sind definiert in Tabelle TAB-BES-1 in Band 4 des Definitionshandbuches.

19 Vgl. Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 2, 2004]: 1024 f.

20 Das Wort «Belegungstag» kommt in ca. 107 GDRG-Bezeichnungen vor.

21 Zum Beispiel: B66B, B76D, E69B, G60B, H61C, H63C, ...

22 InEK [G-DRGs 2005, 2004]: 19.

23 Gemäss persönlicher E-Post von M. Braun, InEK, vom 28.10.2005.

24 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.

25 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»).

- Bei der Abbildung der Intensivpflege wird neu unterschieden zwischen opererierten 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).[26]
- 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.

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

Von GDRG-2005 zu GDRG-2006

Wesentliche Änderungen von GDRG-2005 zu GDRG-2006 waren:[27]

- 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.[28]
- 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.[29]
- 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.[30]

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

Von GDRG-2006 zu GDRG-2007

Das GDRG-System wurde erneut «umfassend umgebaut», was wiederum zu einer «deutlich erhöhten Abbildungsgenauigkeit» führte.[31] Wichtige Themen waren die Plausibilitätsprüfung

[26] Vgl. Roeder et al. [G-DRGs 2005 Teil 1, 2004]: 915 f.

[27] Vgl. Heimig [G-DRGs 2006, 2005] sowie Fallpauschalenkatalog 2006 aus http:// www.gdrg.de /.

[28] Der Ausdruck «CC» ist noch bei 42 Z-GDRGs Bestandteil der Bezeichnung (im Vorjahr: 117).

[29] Der Justierungsfaktor wurde aufgrund der Gegenüberstellung der Gruppierung der Daten (von 2004) nach GDRG-2005 und nach GDRG-2006 berechnet.

[30] 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 Gefässeingriff, 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».

[31] Vgl. Schlottmann N et al. [G-DRGs 2007, 2006]: 939 und Tuschen [G-DRGs 2007, 2006]: 622.

der gelieferten Daten,[32] 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.)

↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

Wesentliche Änderungen von GDRG-2006 zu GDRG-2007 waren:[33]

- 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).
  - 19 Diagnosen wurden aufgewertet.
  - 15 Diagnosen wurden neu in die CCL-Matrix aufgenommen.
- *Mehrfacheingriffe:* Beidseitig oder mehrzeitig.[34] (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.[35]
- 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

Von GDRG-2007 zu GDRG-2008

Der neue DRG-Katalog wird in der Pressemitteilung der Selbstverwaltung[36] als «ein weiterer Fortschritt auf dem Weg zu einer sachgerechten Abbildung von Krankenhausleistungen» bezeichnet. Wichtige Arbeiten waren: der Versuch, die komplexe Logik vieler GDRGs[37] textlich besser verständlich zu formulieren; vereinzelte Entflechtungen von GDRGs, welche unterschiedliche Behandlungen umfassten; eine zweite Bearbeitung der CCL-Matrix; klassifikatorische Überarbeitungen;[38] zusätzliche Differenzierungen in der Kostenkalkulation.

Die Fallgruppenzahl stieg um +55 Gruppen auf 1 137 GDRGs. (Davon sind 1 088 GDRGs

↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

[32] 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.

[33] Vgl. Schlottmann N et al. [G-DRGs 2007, 2006], Heimig [G-DRGs 2007, 2006] sowie Fallpauschalenkatalog 2007 aus http:// www.gdrg.de /.

[34] 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.

[35] 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).

[36] Gemeinsame Pressemitteilung der DKG, GKV und PKV vom 25.9.2007.

[37] Vgl. dazu auch: Fischer [GDRG-Verständlichkeit, 2007].

[38] 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.

mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 115 Zusatzentgelte. (Davon sind 64 bewertet.)

Wesentliche Änderungen von GDRG-2007 zu GDRG-2008 waren:[39]

- Themenverwandte GDRGs wurden zu *Basis-DRGs* zusammengefasst.[40] 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.[41]
- Einzelne zusammengezogene GDRGs – exakt: 9 – wurden thematisch entflechtet («*entkondensiert*»).[42]
- *GDRG-Bezeichungen* wurden gekürzt. Dazu wurden als neues, zusammenfassendes Adjektiv «verschiedenartige» (3x), als neue Altersangabe «bei Kindern» (3x) sowie als neue Konjunktion «verbunden mit» (4x) eingeführt.[43] 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.»[44]

↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

Die Fallgruppenzahl stieg um +55 Gruppen auf 1 192 GDRGs. (Davon sind 1 144 GDRGs

[39] Vgl. Heimig [G-DRGs 2008, 2007], InEK [G-DRGs 2008, 2007]: 12 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2008 aus http:// www.gdrg.de /.

[40] Zum Beispiel: Strahlentherapie Atmungsorgane: GDRGs-2007 E08A, E08B, E09Z wurden zusammengefasst in Basis-GDRG (2008) E08 mit GDRGs (2008) E08A, E08B und E08C.

[41] 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».)

[42] 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».

[43] 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.)

[44] www.aok-gesundheitspartner.de / bundesverband / krankenhaus / drg_system / gdrg / 2009 / [2008-09].

mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 127 Zusatzentgelte. (Davon sind 74 bewertet.)

Wesentliche Änderungen von GDRG-2008 zu GDRG-2009 waren:[45]

- Es wurden erneut inhaltsähnliche GDRGs zu Basis-GDRGs zusammengefasst.[46]
- Das Prinzip der Berücksichtigung von Komplikationen und Komorbiditäten in der CCL-Matrix wurde erweitert um «*Komplizierende Konstellationen*». Sie beziehen sich jeweils auf einzelne Hauptkategorien.
- Für *palliativ-medizinische Behandlungen* ab sieben Tagen wurden in Abhängigkeit der Behandlungsdauer drei differenzierte Zusatzentgelte berechnet mit Beträgen zwischen € 1 300 und SFr. 3 300.[47]
- 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.[48]
- 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.

Beispiel Definitionsliste: GDRG2009-B17B

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 Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie ohne äußerst schw. oder schw. CC, Alter > 18 J., mit komplexem Eingr.»):[49]

- 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)

[45] Vgl. InEK [G-DRGs 2009, 2008]: 12 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2009 aus http:// www.gdrg.de /.

[46] 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.

[47] Für «palliativmedizinische Komplexbehandlungen» wurden folgende Zusatzentgelte definiert:
– ZE60.01 (7 – 13 Tage): € 1 335,
– ZE60.02 (14 – 20 Tage): € 2 125,
– ZE60.03 (21 Tage und mehr): € 3 311.

[48] Dass hier das Alter zur Bestimmung eines Prozedurencodes verwendet wird, ist klassifikatorisch gesehen unschön, denn diese Information ist in einem separat erhobenen Feld im Falldatensatz bereits vorhanden.

[49] InEK [Def-HB G-DRGs 2007/2009 I, 2008]: 356.

        - 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

Von GDRG-2009 zu GDRG-2010

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, ablative Massnahmen in der Kardiologie und die Kinderintensivmedizin. Zusätzlich werden der primäre und der sekundäre Kaiserschnitt unterschiedlich bewertet.»[50]

↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

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:[51]

- Für *intensivmedizinisch versorgte Kinder* gibt es vier neue GDRGs.[52]
- 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*.[53]

G-DRG 2011: Konsolidierung

Von GDRG-2010 zu GDRG-2011

↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

Die Fallgruppenzahl sank um -6 Gruppen auf 1 194 GDRGs. (Davon sind 1 149 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Dessen ungeachtet nahm die Komplexität der Bezeichungen 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 %).

---

[50] www.aok-gesundheitspartner.de / bundesverband / krankenhaus / drg_system / gdrg / [2009-11].

[51] Vgl. InEK [G-DRGs 2010, 2009]: 11 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2010 aus http:// www.gdrg.de /.

[52] GDRGs mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter sind zu finden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane (E40A, E77A) und bei Operationen an Verdauungsorganen (G03A, G38Z).

[53] www.dimdi.de / dynamic / de / dimdi / presse / pm / news_0216.htm [2009-11].

Tafel 2: Definitionstabelle zu GDRG2010-B17B

DRGB17B	Eingriffeanperiph.NervenHirnnervenundanderenTeilendesNervensyst.ohne äuerstschw.CCohnekompliz.Diag.oderEingr.beizerebr.Lähmung MuskeldystrophieoderNeuropathieohneäuerstschw.oderschw.CC Alter18.mitkomplexemEingr.		
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.

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:[54]

- Operative *Rest-DRGs* von sieben MDCs wurden überarbeitet mit dem Ziel, wenig komplexe und klare Eingriffen zu bestehenden, niedriger vergütet GDRGs umzugruppieren.[55]
- 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.[56]
- 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.[57]
- 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.[58]
- 91 Krankenhäuser, die Ausbildungsstätten sind, beteiligten sich an der erstmaligen Kalkulation der *Ausbildungskosten*.[59]

G-DRG 2012: Zusatzentgelt hochaufwändige Pflege; erstmalige Ersatzvornahme

Von GDRG-2011 zu GDRG-2012
↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

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.

«Schwerpunkte in der klassifikatorischen Weiterentwicklung waren insbesondere die Bereiche Intensivmedizin, Extremkosten, Behandlung von Kindern und der Abbau von Konflikt-

[54] Vgl. InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 9 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2011 aus http:// www.gdrg.de /.
[55] Details: InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 55 f.
[56] Details: InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 57 ff.
[57] InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 10; vgl. auch S. 45.
[58] InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 34+119
[59] InEK [G-DRGs 2011, 2010]: 92 ff.

potential bei der Kodierung.»[60] Erstmals hat das InEK Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege kalkuliert.[61]

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,[62] denn man konnte sich nicht einigen, wie die neuen ‹Pflegefördermittel›[63] in den Landesbasisfallwert überführt werden sollten.[64]

Wesentliche Änderungen von GDRG-2011 zu GDRG-2012 waren:[65]

- *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 €).[66]
- *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 Aufwandspunkten verfeinert wurden, auch Aufwandpunkteklassen für Kinder hinzugefügt werden.[67] Damit wurden intensivmedizinische Behandlungen bei Kindern zum Teil deutlich aufgewertet.
- Überarbeitung der *CCL-Matrix*:[68] Veränderungen der CCL-Matrix sind kritisch und nicht einfach durchzuführen, denn sie haben weitreichende Auswirkungen: Sie können alle PCCL-gesplitteten DRGs betreffen. Nach der deutschen Methodik werden nicht nur die Auswirkungen in der neuen GDRG-Version analysiert, sondern auch die Auswirkungen in einer GDRG-Variante, in der alle DRGs nach PCCL gesplittet sind.[69] Überprüft wurden ca. 320 Diagnosecodes. Es wurden 42 Diagnosen (Vorjahr 13) neu in die CCL-Matrix aufgenommen; zwei (Vorjahr drei) weitere Diagnosen wurden aufgewertet; 36 (Vorjahr 10) Diagnosen wurden aus der CCL-Matrix gestrichen;[70] 6 (Vorjahr 3) weitere Diagnosen wurden abgewertet.
- Verminderung unterschiedlicher GDRG-Zuteilungen bei *Kodiervarianten*: Fälle, die vergleichbar sind oder sehr ähnlich, die aber durch eine unterschiedliche Eingruppierung zu einem unterschiedlichen Erlös führen, wurden als «streitbefangene Konstellationen» bezeichnet.[71] Teilweise wurden in solchen Fälle die Kodierrichtlinien präzisiert, teilweise wurde der Gruppierungsalgorithmus angepasst.

---

60 http:// www.gkv-spitzenverband.de / KH_DRG_System_G_DRG_2012.gkvnet [2011-11-30]

61 http:// www.ivkk.de / mitteilungen / 60-drg-katalog-2012-vorgelegt [2011-09-01].

62 http:// www.ivkk.de / mitteilungen / 160-ersatzvornahme-fuer-fallpauschalenkatalog [2011-11-23].

63 Es wurde eine dreijähriges Pflegesonderprogramm mit einem Budget von 533 Mio. € eingerichtet. – http:// www.gkv-spitzenverband.de / KH_DRG_System_G_DRG_2012.gkvnet [2011-11-30]

64 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 [2011-11-30].

65 Vgl. InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 10 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2012 aus http:// www.gdrg.de /.

66 InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 10 + 48 f.

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

68 InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 11 + 33 f.

69 In der «gesplitteten Version» sind alle DRGs (ausser jene der Neugeborenen in MDC 15) nach PCCL > 3, PCCL > 2 und PCCL $\leq$ 2 gesplittet. InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 33.

70 Gestrichen wurden u. a. die Diagnosen L89.0 und L89.9 für Dekubitus ersten Grades bzw. mit nicht näher bezeichnetem Grad. – Nach wie vor in der CCL-Matrix definiert sind die Diagnosen für Dekubitus zweiten und höheren Grades. – InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 11 + 34.

71 Schwerpunkte bei der Bearbeitung «streitbefangener Konstellationen» waren: (1) Hauptdiagnosen oder Nebendiagnosen, mit denen Komplikationen nach medizinischen Massnahmen codiert werden, (2) die stationäre Kontrolle einer bestehenden Heimbeatmung sowie (3) die Ganzkörper-Szintigraphie mit Radiojod zur Nachuntersuchung von Tumorpatienten. – Als Beispiel zu (1) werden Fälle mit der Hauptdiagnose ICD N99.4 «Peritoneale Adhäsionen im Becken nach medizinischen Massnahmen» oder N73.6 «Peritoneale Adhäsionen im weiblichen Becken» angeführt. Die erste Diagnose ordnete den Fall bisher der MDC 13 (weibliche Geschlechtsorgane) zu, die zweite Diagnose aber führte zu MDC 21A (Polytrauma). Neu gehören beide Fälle zur MDC 13. – Zu (2) wurde eine neue GDRG E78Z definiert: «Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage». – InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 11 + 62 ff.

G-DRG 2013: Umbau der CCL-Matrix und punktuelle Verfeinerungen

Die Fallgruppenzahl sank um -6 Gruppen auf 1 187 GDRGs. (Davon sind 1 142 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 155 Zusatzentgelte. (Davon sind 86 bewertet.)

Von GDRG-2012 zu GDRG-2013
↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

Wesentliche Änderungen von GDRG-2012 zu GDRG-2013 waren:[72]

- Umbau der *CCL-Matrix* mit verfeinerter Methodik. Veränderungen bei 624 Diagnosen.
- Die *DRG-Umbauten und -Verfeinerungen* betrafen insbesondere Eingriffe an der Wirbelsäule, Gefässoperationen und -interventionen, Eingriffe an Haut und Unterhaut und Wunddebridement, Abdominalchirurgie.
- An *Innovationen* wurden u. a. minimalinvasive Mitralklappenrekonstruktionen und Radiofrequanzablation an den Nierenarterien aufgenommen.
- «Die Zusatzentgelte für die *hochaufwendige Pflege* (PKMS) werden im zweiten Jahr nun nach Aufwandspunkten differenziert (jeweils bis 129 und ab 130 Aufwandspunkten).»[73]
- Die Verminderung unterschiedlicher GDRG-Zuteilungen bei *Kodiervarianten* war unter dem Stichwort «streitbefangenen Konstellationen» wie bereits im letzten Jahr ein Schwerpunktthema der Weiterentwicklung.
- Es gibt zwei neue Zusatzentgelte für die *Behandlung von Blutern*: Sie wurden anhand von Diagnosenlisten definiert. Das extrabudgetäre Zusatzentglet ZE2013-97 gilt bei dauerhaften Gerinnungsstörungen, das intrabudetäre Zusatzentgelt ZE2013-98 bei temporären Gerinnungsstörungen, ab einem Schwellwert von € 15 000.[74]
- Zum dritten und vorläufig letztem Mal wurden freiwillig Daten zu den berufsbezogenen Ausbildungskosten von Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen erhoben. Die Stichprobe umfasste 87 von bundesweit 541 Ausbildungsstätten. Die Kosten pro Ausbildungsplatz lagen im Durchschnitt in der Nähe von € 10 000.[75]

G-DRG 2014: Neuberechnung Fallschweregrad (PCCL) und weitere punktuelle Verfeinerungen

Die Fallgruppenzahl stieg um +9 Gruppen auf 1 196 GDRGs. (Davon sind 1 147 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 159 Zusatzentgelte. (Davon sind 101 bewertet.)

Von GDRG-2013 zu GDRG-2014
↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

Wesentliche Änderungen von GDRG-2013 zu GDRG-2014 waren:[76]

- Die Formel zur Berechnung des *Fallschweregrades (PCCL)* wurde abgeändert. Daraus resultierte ein «flacherer Einstieg».[77]
- Die *CCL-Matrix* wurde mit verfeinerter Methodik weiter umgebaut. 1098 Diagnosen wurde verändert eingestuft.[78]
- Einzelne DRGs wurden aufgrund der Extremkostenfall-Problematik anders oder neu definiert, anders oder neu verfeinert oder aufgewertet.[79]
- Die Intensivmedizin (in der Prä-MDC 'A') war «ein Schwerpunkt der diesjährigen Weiterentwicklung». Unter anderem erfolgt die Differenzierung neu nicht mehr nur nach: Beatmungsstunden und dann nach TISS/SAPS-Punkten der intensivmedizinischen Komplexbehandlung, sondern: nach der Anzahl Beatmungsstunden, oder einer Kombination von (weniger) Beatmungsstunden und der TISS/SAPS-Punkte.[80]

---

72 Vgl. InEK [G-DRGs 2013, 2012]: 9 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2013 aus http:// www.gdrg.de /
73 http:// www.gkv-spitzenverband.de / krankenversicherung / krankenhaeuser / drg_system / g_drg_2013 / drg_-system_1.jsp [2012-11].
74 Vgl. http:// www.gkv-spitzenverband.de / krankenversicherung / krankenhaeuser / drg_system / g_drg_2013 / drg_system_1.jsp [2012-11].
75 Details: InEK [G-DRGs 2013, 2012]: 90 ff
76 Vgl. InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 9 ff sowie Fallpauschalenkatalog 2014 aus http:// www.gdrg.de /.
77 InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 9 + 35 f.
78 InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 9 + 32 ff.
79 InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 43 f.
80 InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 59 f.

- «Wie in den Vorjahren» war auch die MDC ‘F’ (Kreislaufsystem) «ein Schwerpunkt der alljährlichen Weiterentwicklung». Dazu regten hauptsächlich die Vorschläge aus den Fachgesellschaften an.[81]
- Die Zusatzentgelte für *hochaufwendige Pflege* (PKMS) wurden leicht angepasst. Insbesondere kann nun das «Wundmanagement» nicht nur bei Patienten mit Hemi-, Para- oder Tetraplegie deklariert werden, sondern bei allen Patienten.[82]
- Zu den drei Zusatzentgelten von ZE60.01 bis ZE60.03 für die «palliativmedizinischen Komplexbehandlung» wurden ein drei weitere Zusatzentgelte (ZE145.01 bis ZE145.03) geschaffen zur Vergütung der «spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung».[83]
- Bestimmte HIV-Behandlungsfälle wurden aus der – schwach belegten – zugehörigen Hauptkategorie «S» herausgelöst, da sie hier zu schlecht vergütet wurden.[84]
- Adipositas (starkes Übergewicht) wurde als als kostenrelevante Begleitdiagnose in die CCL-Matrix aufgenommen.[85]
- Umdefinitionen von DRGs gab es u. a. in den Hauptkategorien ‘O’ (Geburtshilfe), ‘F’ (Kreislaufsystem), ‘I’ (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) und ‘W’ (Polytrauma).

G-DRG 2015

Von GDRG-2014 zu GDRG-2015

↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

Die Fallgruppenzahl stieg um +4 Gruppen auf 1 200 GDRGs. (Davon sind 1 151 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 170 Zusatzentgelte. (Davon sind 97 bewertet.)

Wesentliche Änderungen von GDRG-2014 zu GDRG-2015 waren:[86]

- Änderungen bei intensivmedinischen Behandlungen mit besonderer Berücksichtigung von Kindern.
- Neue Differenzierungen: endoprothetische Revisions-OP, Eingriffe an der Wirbelsäule.
- Weitere Themen waren Extremkosten und Zusatzentgelte.

G-DRG 2016: Erweiterung der CCL-Skala und Einführung von «schwersten CCs»

Von GDRG-2015 zu GDRG-2016

↑ Tafeln 4 (S. 17) ff.

Die Fallgruppenzahl stieg um +20 Gruppen auf 1 220 GDRGs. (Davon sind 1 173 GDRGs mit Kostengewichten bewertet.) Es gibt nun 179 Zusatzentgelte. (Davon sind 99 bewertet.)

Wesentliche Änderungen von GDRG-2015 zu GDRG-2016 waren:[87]

- Erweiterung der CCL-Skala (für Nebendiagnosen) und Einführung eines PCCL-Schweregrades «schwerste CC» zur Abbildung hochaufwändiger Fälle.
- Besser kalkulierbare Kostengewichte aufgrund des im Jahr 2015 erstmals erstellen «Extremkostenberichts».
- Überarbeitung der Abbildung der Intensivmedizinische Behandlungen.
- Differenziertere Abbildung des Aufwandes bei Patienten mit multiresistenten Erregern.
- Differenziertere Abbildung des Aufwandes von mulitmodalen Schmerztherapien.

[81] InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 60 ff.
[82] Diese Zusatzentgelte wurden aufgrund von fast 37 000 Fällen berechnet. – InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 58+26.
[83] InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 73 f.
[84] InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 57—-64.
[85] InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 40.
[86] Provisorische Zusammenstellung nach GKV/PKV/DKG [Pressemitteilung GDRG 2015, 2014].
[87] Provisorische Zusammenstellung nach GKV/PKV/DKG [Pressemitteilung GDRG 2016, 2015].

H.4.4 Hauptkategorien

Tafel 3: Hauptkategorien (MDCs) im GDRG-System

MDC	Code	Bezeichnung
ERR	9	Fehler-DRGs und sonstige DRGs
PRE	A	Prä-MDC
01	B	Krankheiten und Störungen des Nervensystems
02	C	Krankheiten und Störungen des Auges
03	D	Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses
04	E	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
05	F	Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
06	G	Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
07	H	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
08	I	Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe
09	J	Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma
10	K	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
11	L	Krankheiten und Störungen der Harnorgane
12	M	Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane
13	N	Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane
14	O	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
15	P	Neugeborene
16	Q	Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems
17	R	Hämatologische und solide Neubildungen
18A	S	HIV
18B	T	Infektiöse und parasitäre Krankheiten
19	U	Psychische Krankheiten und Störungen
20	V	Alkohol- und Drogengebrauch und alkohol- und drogeninduzierte psychische Störungen
21A	W	Polytrauma
21B	X	Verletzungen, Vergiftungen und toxische Wirkungen von Drogen und Medikamenten
22	Y	Verbrennungen
23	Z	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

H.4.5 Anzahl Behandlungsfallgruppen

Tafel 4: Anzahl GDRGs (Teil 1)

Jahr	Anzahl Basis-GDRGs	Anzahl GDRGs	Unterschied zum Vorjahr	Anteil gemeinsamer GDRG-Codes mit Vorjahr	Bewertete GDRGs	Teilstationäre GDRGs
2016	590	1 220	+20	0.96	1 173	5
2015	586	1 200	+4	0.98	1 151	5
2014	588	1 196	+9	0.97	1 147	5
2013	592	1 187	-6	0.99	1 142	5
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 5: Anzahl GDRGs (Teil 2) und Anzahl Zusatzentgelte

Jahr	Anzahl GDRGs	Ein-Belegungstag-DRG, explizit	Ein-Belegungstag-DRG, implizit	Kinder-GDRGs	Zusatz-Entgelte	Bewertete Zusatz-Entgelte differenziert
2016	1 220	23		209	179	1203
2015	1 200	20	346	209	170	1176
2014	1 196	20	325	209	159	1171
2013	1 187	22	329	201	155	1066
2012	1 193	23	320	204	150	1034
2011	1 194	22	301	203	146	1013
2010	1 200	21	295	206	143	1027
2009	1 192	20	276	208	127	883
2008	1 137	19	249	198	115	821
2007	1 082	18	244	171	105	794
2006	954	18	241	92	84	594
2005	878	18	216	63	71	389
2004	824	46		67	26	1
2003	664	–	–	32	–	–

Legende

Die Spalte «Anteil gemeinsamer Codes mit dem Vorjahr» bezieht sich 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.[88]

Als «implizite Ein-Belegungstags-DRGs» wurden GDRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen gezählt.[89] Bei der Kalkulation der Gewichte in solchen DRGs wurden die Fälle mit einem Belegungstag separiert und deren Gewicht separat berechnet.[90]

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

[88] Diese Zählung stimmt nicht immer vollkommen überein mit den diesbezüglichen Angaben in den Abschlussberichten.

[89] Da die Zählung der Fälle mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen gar nicht übereinstimmt mit den Angaben in den Abschlussberichten, wurden hier die Zahlen aus den Abschlussberichten aufgeführt.

[90] Vgl. Roeder N et al. [Lernendes Vergütungssystem, 2008]: 27.

In der Spalte «Zusatz-Entgelte» ist die Anzahl der bewerteten und unbewerteten Zusatzentgelte eingetragen (nach den Anlagen 2 und 4 der GDRG-Fallpauschalentabellen).

In der Spalte «Bewertete Zusatz-Entgelte differenziert» ist die Anzahl aller – z. T. differenzierten – Bewertungen von Zusatzentgelten eingetragen (nach den Anlagen 2 und 5 der GDRG-Fallpauschalentabellen): Zum Beispiel wurden viele Zusatzentgelte für Medikamente je nach verabreichter Dosis unterschiedlich bewertet. Manche Zusatzentgelte für Therapien wurden nach der Anzahl erbrachter Therapien, Zusatzentgelte für Implantate nach der Anzahl eingesetzter Implantete bewertet.

Tafel 6: Anzahl GDRGs nach Hauptkategorien pro Jahr

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
9 : Fehler−DRGs	7	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
A : Prä−MDC	10	39	55	58	65	63	65	66	68	67	67	73	73	77
B : Nerven	48	67	70	77	102	107	110	109	109	107	106	105	103	106
C : Augen	20	21	24	26	28	30	33	32	33	33	33	33	33	33
D : HNO	27	35	41	50	55	58	58	58	56	55	55	56	56	56
E : Atmung	41	45	49	50	58	61	63	64	64	65	64	63	64	66
F : Kreislauf	64	91	102	112	124	130	144	146	146	146	146	148	149	151
G : Verdauung	52	60	59	60	70	75	79	80	81	83	83	82	82	83
H : Leber−Galle−Pankr.	30	31	33	29	32	33	35	37	39	39	39	39	41	44
I : Bewegungsapparat	79	86	88	108	123	130	140	138	135	136	134	141	143	145
J : Haut und Mamma	32	38	41	42	45	47	52	52	52	51	49	48	49	50
K : Drüsen−Stoffw.	19	29	27	29	40	40	42	43	38	38	38	38	37	39
L : Niere & Narnwege	37	42	41	46	55	64	68	68	66	66	66	66	66	68
M : Urologie	19	22	20	18	21	24	25	26	27	27	27	27	27	27
N : Gynäkologie	20	33	31	31	34	35	37	37	37	37	37	35	35	34
O : Geburtshilfe	18	17	18	24	25	26	26	29	29	29	29	26	26	25
P : Neugeborene	25	38	38	42	42	42	43	43	42	42	42	42	42	42
Q : Blut−& Immunsystem	10	12	9	12	15	16	16	16	16	16	16	16	16	16
R : Neoplasien	18	20	41	46	49	51	51	51	51	51	50	51	51	50
S : HIV	7	6	6	7	8	8	8	7	7	7	7	7	7	7
T : Infektionen	13	16	15	17	21	21	21	21	21	21	21	21	21	22
U : Psyche	13	11	10	10	10	11	11	11	11	11	11	11	11	11
V : Drogen	7	8	8	9	7	7	8	7	7	6	6	6	6	6
W : Polytrauma	6	11	10	12	12	12	12	13	13	13	13	13	13	13
X : Verletzungen	18	18	14	13	14	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Y : Verbrennungen	8	8	8	7	7	10	10	10	10	10	10	10	10	11
Z : Div.Faktoren	13	13	11	10	11	11	11	12	12	13	14	15	15	14
	661	824	878	954	1082	1136	1192	1200	1194	1193	1187	1196	1200	

Anzahl GDRGs: ... 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10 ...

Datenquelle: www.g−drg.de

Anzahl GDRGs nach Hauptkategorien pro Jahr

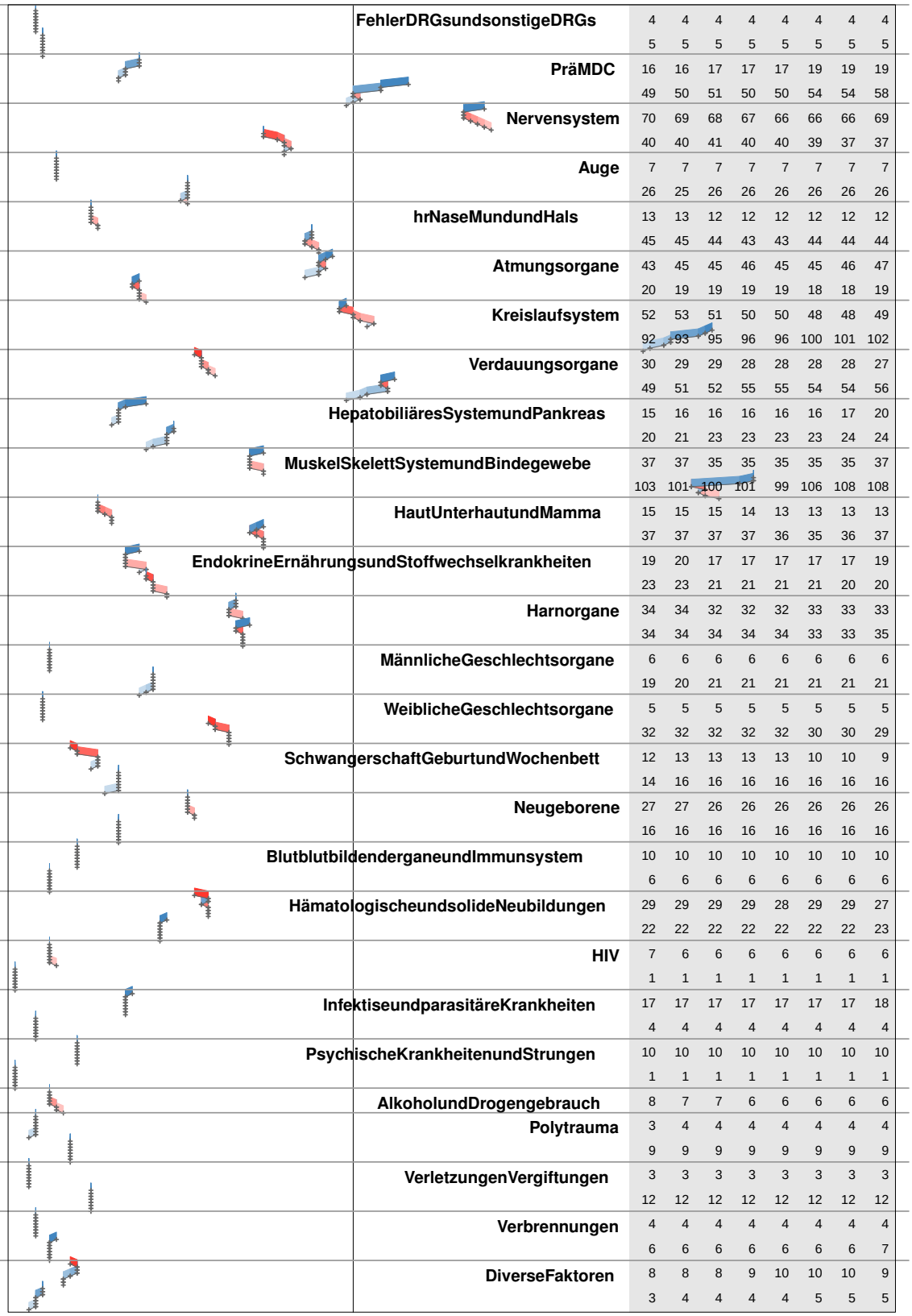
Z I M [SwissDRG.129.devplot.CAT] 09.10.2015

Die langen Sequenzbänder[91] im Sequenzdiagramm zur Entwicklung der Anzahl GDRGs in den Anfangsjahren von 2003 bis 2009 zeigen jene Bereiche, in denen die ursprüngliche ARDRG-Systematik besonders stark verändert und differenziert wurde. Extrem viele zusätzliche DRGs gab es in den *chirurgischen* Subkategorien von A (Prä-MDC), F (Kreislaufsystem) und I (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe). ▶ Tafel 8

Seit 2009 stieg die Anzahl GDRGs in vielen Subkategorien nicht mehr stark. (Manche Subkategorien begannen schon einzelne Jahre früher zu stagnieren.) Weiterhin zunehmend waren insbesondere die *chirurgischen* Subkategorien von A (Prä-MDC), F (Kreislaufsystem), G (Verdauungsorgane) und I (Muskel-Skelett-System und Bindegewebe). ▶ Tafel 7

[91] Sequenzdiagramme mit Sequenzbändern sind detaillierter beschrieben unter: Fischer [Neue Grafiken I, 2010]: 78 f.

Tafel 7: Entwicklung der Anzahl GDRGs nach Subkategorien seit 2009



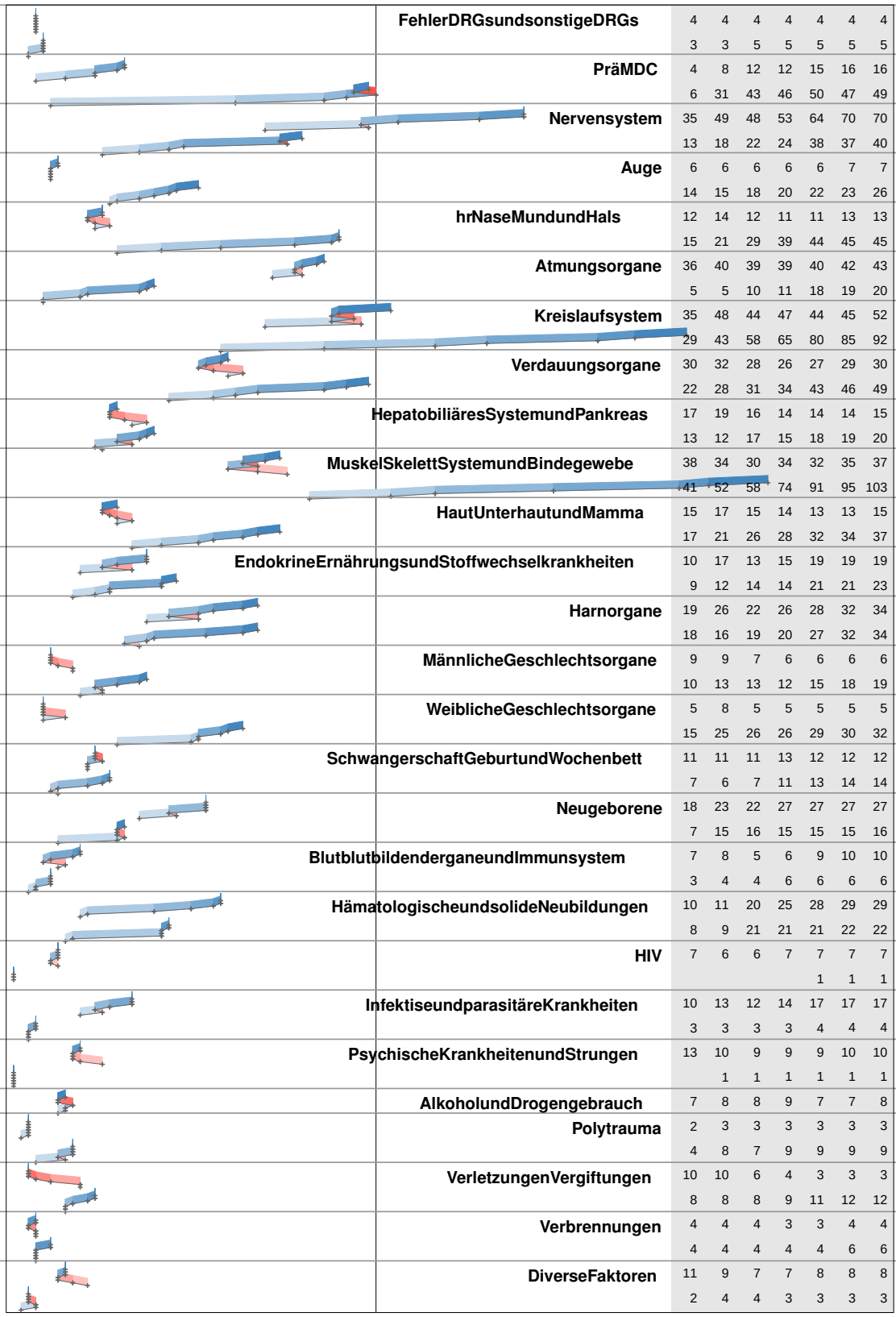
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
(9) M+ FehlerDRGsundsonstigeDRGs	4	4	4	4	4	4	4	4
(9) O	5	5	5	5	5	5	5	5
(A) M+ PräMDC	16	16	17	17	17	19	19	19
(A) O	49	50	51	50	50	54	54	58
(B) M+ Nervensystem	70	69	68	67	66	66	66	69
(B) O	40	40	41	40	40	39	37	37
(C) M+ Auge	7	7	7	7	7	7	7	7
(C) O	26	25	26	26	26	26	26	26
(D) M+ hrNaseMundundHals	13	13	12	12	12	12	12	12
(D) O	45	45	44	43	43	44	44	44
(E) M+ Atmungsorgane	43	45	45	46	45	45	46	47
(E) O	20	19	19	19	19	18	18	19
(F) M+ Kreislaufsystem	52	53	51	50	50	48	48	49
(F) O	92	93	95	96	96	100	101	102
(G) M+ Verdauungsorgane	30	29	29	28	28	28	28	27
(G) O	49	51	52	55	55	54	54	56
(H) M+ HepatobiliäresSystemundPankreas	15	16	16	16	16	16	17	20
(H) O	20	21	23	23	23	23	24	24
(I) M+ MuskelSkelettSystemundBindegewebe	37	37	35	35	35	35	35	37
(I) O	103	101	100	101	99	106	108	108
(J) M+ HautUnterhautundMamma	15	15	15	14	13	13	13	13
(J) O	37	37	37	37	36	35	36	37
(K) M+ EndokrineErnährungsundStoffwechselkrankheiten	19	20	17	17	17	17	17	19
(K) O	23	23	21	21	21	21	20	20
(L) M+ Harnorgane	34	34	32	32	32	33	33	33
(L) O	34	34	34	34	34	33	33	35
(M) M+ MännlicheGeschlechtsorgane	6	6	6	6	6	6	6	6
(M) O	19	20	21	21	21	21	21	21
(N) M+ WeiblicheGeschlechtsorgane	5	5	5	5	5	5	5	5
(N) O	32	32	32	32	32	30	30	29
(O) M+ SchwangerschaftGeburtundWochenbett	12	13	13	13	13	10	10	9
(O) O	14	16	16	16	16	16	16	16
(P) M+ Neugeborene	27	27	26	26	26	26	26	26
(P) O	16	16	16	16	16	16	16	16
(Q) M+ BlutblutbildenderganeundImmunsystem	10	10	10	10	10	10	10	10
(Q) O	6	6	6	6	6	6	6	6
(R) M+ HämatologischeundsolideNeubildungen	29	29	29	29	28	29	29	27
(R) O	22	22	22	22	22	22	22	23
(S) M+ HIV	7	6	6	6	6	6	6	6
(S) O	1	1	1	1	1	1	1	1
(T) M+ InfektiseundparasitäreKrankheiten	17	17	17	17	17	17	17	18
(T) O	4	4	4	4	4	4	4	4
(U) M+ PsychischeKrankheitenundStrungen	10	10	10	10	10	10	10	10
(U) O	1	1	1	1	1	1	1	1
(V) M+ AlkoholundDrogengebrauch	8	7	7	6	6	6	6	6
(W) M+ Polytrauma	3	4	4	4	4	4	4	4
(W) O	9	9	9	9	9	9	9	9
(X) M+ VerletzungenVergiftungen	3	3	3	3	3	3	3	3
(X) O	12	12	12	12	12	12	12	12
(Y) M+ Verbrennungen	4	4	4	4	4	4	4	4
(Y) O	6	6	6	6	6	6	6	7
(Z) M+ DiverseFaktoren	8	8	8	9	10	10	10	9
(Z) O	3	4	4	4	4	5	5	5
	1192	1200	1194	1193	1187	1196	1200	1220

Sequenzbänder zur Entwicklung der Anzahl DRGs pro Subkategorie
(O = chirurgische DRGs, M+ = übrige DRGs)
Hellere Bandabschnitte: ältere Veränderungen. Dunklere Bandabschnitte: neuste Veränderungen.
Färbung: bläulich –> Erhöhung; rötlich –> Senkung.

Datenquelle:
www.g–drg.de

Z I M
[GDRG.13Y.seqplot] 09.10.2015

Tafel 8: Entwicklung der Anzahl GDRGs nach Subkategorien 2003 bis 2009



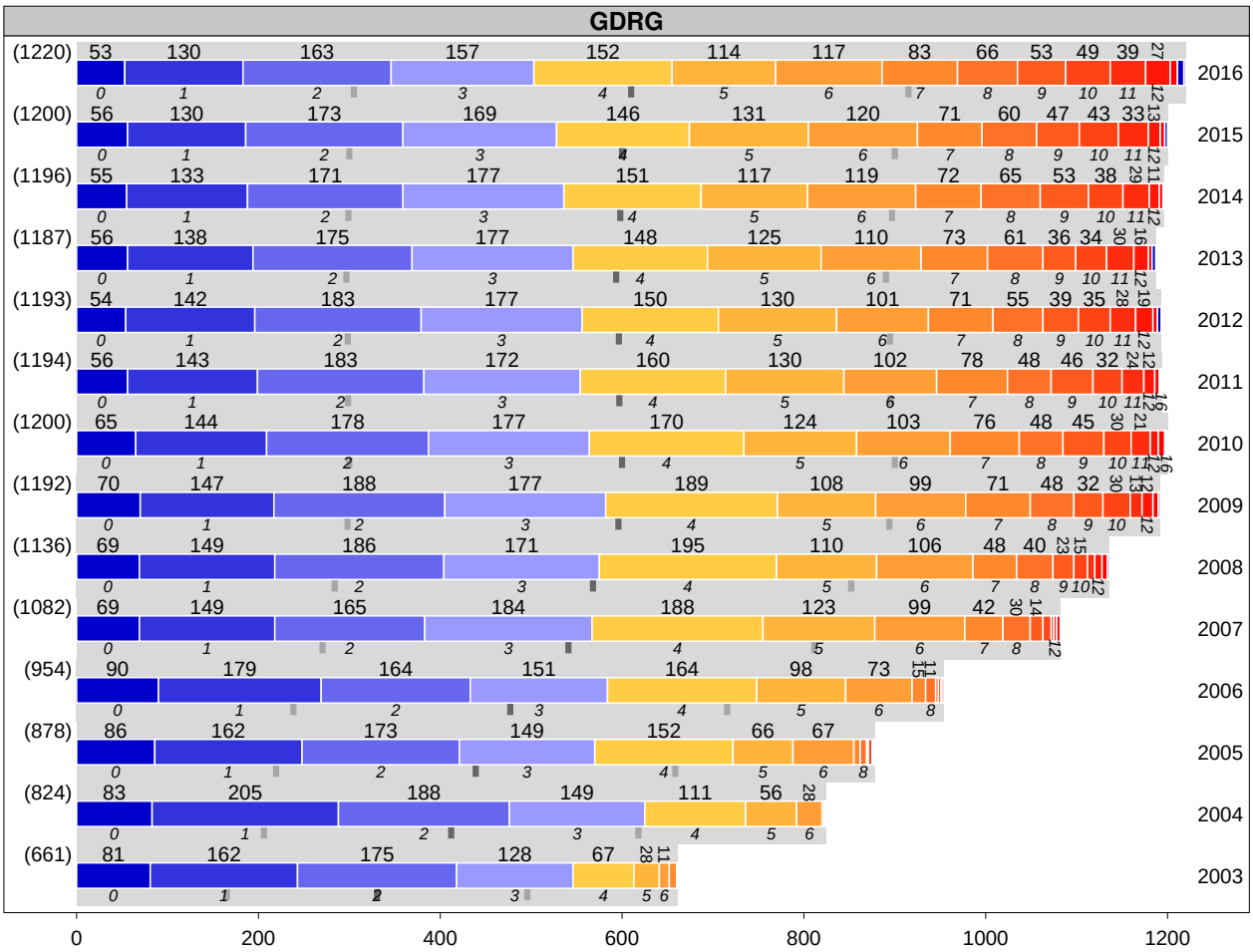
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
(9) M+	FehlerDRGsundsonstigeDRGs	4	4	4	4	4	4	4
(9) O		3	3	5	5	5	5	5
(A) M+	PräMDC	4	8	12	12	15	16	16
(A) O		6	31	43	46	50	47	49
(B) M+	Nervensystem	35	49	48	53	64	70	70
(B) O		13	18	22	24	38	37	40
(C) M+	Auge	6	6	6	6	6	7	7
(C) O		14	15	18	20	22	23	26
(D) M+	hrNaseMundundHals	12	14	12	11	11	13	13
(D) O		15	21	29	39	44	45	45
(E) M+	Atmungsorgane	36	40	39	39	40	42	43
(E) O		5	5	10	11	18	19	20
(F) M+	Kreislaufsystem	35	48	44	47	44	45	52
(F) O		29	43	58	65	80	85	92
(G) M+	Verdauungsorgane	30	32	28	26	27	29	30
(G) O		22	28	31	34	43	46	49
(H) M+	HepatobiliäresSystemundPankreas	17	19	16	14	14	14	15
(H) O		13	12	17	15	18	19	20
(I) M+	MuskelSkelettSystemundBindegewebe	38	34	30	34	32	35	37
(I) O		41	52	58	74	91	95	103
(J) M+	HautUnterhautundMamma	15	17	15	14	13	13	15
(J) O		17	21	26	28	32	34	37
(K) M+	EndokrineErnährungsundStoffwechselkrankheiten	10	17	13	15	19	19	19
(K) O		9	12	14	14	21	21	23
(L) M+	Harnorgane	19	26	22	26	28	32	34
(L) O		18	16	19	20	27	32	34
(M) M+	MännlicheGeschlechtsorgane	9	9	7	6	6	6	6
(M) O		10	13	13	12	15	18	19
(N) M+	WeiblicheGeschlechtsorgane	5	8	5	5	5	5	5
(N) O		15	25	26	26	29	30	32
(O) M+	SchwangerschaftGeburtundWochenbett	11	11	11	13	12	12	12
(O) O		7	6	7	11	13	14	14
(P) M+	Neugeborene	18	23	22	27	27	27	27
(P) O		7	15	16	15	15	15	16
(Q) M+	Blutblutbildenderganeundimmunsystem	7	8	5	6	9	10	10
(Q) O		3	4	4	6	6	6	6
(R) M+	HämatologischeundsolideNeubildungen	10	11	20	25	28	29	29
(R) O		8	9	21	21	21	22	22
(S) M+	HIV	7	6	6	7	7	7	7
(S) O						1	1	1
(T) M+	InfektiseundparasitäreKrankheiten	10	13	12	14	17	17	17
(T) O		3	3	3	3	4	4	4
(U) M+	PsychischeKrankheitenundStrungen	13	10	9	9	9	10	10
(U) O			1	1	1	1	1	1
(V) M+	AlkoholundDrogengebrauch	7	8	8	9	7	7	8
(W) M+	Polytrauma	2	3	3	3	3	3	3
(W) O		4	8	7	9	9	9	9
(X) M+	VerletzungenVergiftungen	10	10	6	4	3	3	3
(X) O		8	8	8	9	11	12	12
(Y) M+	Verbrennungen	4	4	4	3	3	4	4
(Y) O		4	4	4	4	4	6	6
(Z) M+	DiverseFaktoren	11	9	7	7	8	8	8
(Z) O		2	4	4	3	3	3	3
		661	824	878	954	1082	1136	1192

Sequenzbänder zur Entwicklung der Anzahl DRGs pro Subkategorie
(O = chirurgische DRGs, M+ = übrige DRGs)
Hellere Bandabschnitte: ältere Veränderungen. Dunklere Bandabschnitte: neuste Veränderungen.
Färbung: bläulich –> Erhöhung; rötlich –> Senkung.

Datenquelle:
www.g–drg.de

Z I M
[GDRG.13Y.seqplot] 09.10.2015

Tafel 9: GDRG-Bezeichnungen nach Anzahl Konjunktionen



|−− Summierte Anzahl DRGs −−>
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] 09.10.2015

Legende

Die obige Grafik zeigt die Anzahl GDRGs aller Versionen seit 2003 und gibt einen Hinweis zur Komplexität der GDRG-Bezeichnungen.[92] 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.[93] 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. 195 GDRGs, in deren Bezeichnung vier Konjunktionen vorkamen; im GDRG-System 2016 waren es noch 152.)

Anstieg der Anzahl komplexer Bezeichnungen

Die Grenze zwischen blauer und gelber Färbung lag zwischen 2005 und 2009 bei ungefähr 570 GDRGs. In der gleichen Zeit stieg aber die Anzahl GDRGs von 878 auf 1192. Die meisten der in dieser Zeit zusätzlich definierten GDRGs hatten also GDRG-Bezeichnungen mit mehr als vier Konjunktionen.

[92] Vgl. Fischer [GDRG-Verständlichkeit, 2007].

[93] 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.

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 in diesen Jahren somit einher mit der Schaffung von neuen Bezeichnungen, die sieben und mehr Konjunktionen enthalten.

In den Jahren 2009 bis 2015 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.

2016 stiegt die Anzahl GDRGs wieder, und zugleich nahm auch die Anzahl GDRGs mit vielen Konkjunktion von Neuem deutlicher zu.

H.4.6 Zustandsbezogene Schweregradkategorien

Schweregradkategorien

Eine Basis-DRG kann in Abhängigkeit des behandlungsfallbezogenen Gesamtschweregrades «PCCL»[94] nach in zwei bis neun differenzierte DRGs unterteilt werden. Die Codes von nicht-unterteilten DRGs enden mit dem Buchstaben «Z»; die Codes von unterteilten DRGs enden mit einem der Buchstaben «A» bis «I».

CCL-Matrix

Alle Diagnosen, von denen erwartet wird, dass sie den Schweregrad eines Behandlungsfalles erhöhen, sind in der sogenannten CCL-Matrix aufgeführt. In Abhängigkeit von der Basis-AR-DRG, des Geschlechts und der Entlassungsart ist ihnen ein Schweregrad in Form eines CCL[95]-Wertes zwischen 0 und 4 zugeteilt.

PCCL

Der behandlungsfallbezogene Gesamtschweregrad PCCL wird aufgrund der CCL-Werte aller relevanten[96] Diagnosen berechnet.[97]

Tafel 10: Beispiele von CCL-Kombinationen und daraus resultierenden PCCLs

Anzahl Diagnosen	CCL(Dg1)	CCL(Dg2)	CCL(Dg3)	CCL(Dg4)		PCCL bis 2013	PCCL ab 2014
1	1	-	-	-	→	1	0
1	2	-	-	-	→	2	1
1	3	-	-	-	→	3	2
1	4	-	-	-	→	3	3
2	2	1	-	-	→	3	2
2	3	1	-	-	→	3	3
2	3	2	-	-	→	3	3
2	3	3	-	-	→	4	3
2	4	2	-	-	→	4	3

Tafel 11: Anzahl GDRGs nach Schweregradkategorien

Jahr	Z	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Anzahl GDRGs	Anzahl Basis-GDRGs
2016	280	310	310	154	75	34	27	16	10	4	1 220	590
2015	282	304	304	150	72	35	25	15	9	4	1 200	586
2014	287	301	301	147	73	35	26	14	8	4	1 196	588
2013	291	301	301	145	70	35	23	12	6	3	1 187	592
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	301	143	67	34	22	10	4	2	1 192	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

[94] «PCCL» steht für «Patient Clinical Complexity Level». Diese Bezeichnung wurde vom AR-DRG-System übernommen.

[95] «CCL» steht für «Complication and Comorbidity Level».

[96] Dazu gibt es eine CC-Ausnahme-Liste und Ausschlussregeln. Das Verfahren ist etwas detaillierter beschrieben im AR-DRG-Kapitel von Fischer [DRG-Systeme, 2000]. Vgl. auch den Hinweis auf die «CCL-Exklusionssystematik» in InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 36 f.

[97] Dazu wurde bis 2013 die australische Formel benutzt: ln[1+SUMME(CCL_i*exp[-α*(i-1)])] / [ln(3/α)/4], wobei CCL_i der CCL-Wert der i-ten Nebendiagnose ist und α ein Parameter, dessen Wert derzeit 0.4 beträgt. Das Resultat wird gerundet. Werte über 4 werden auf 4 gesetzt. Ab GDRG-2014 galt die modifizierte Formel: ln[SUMME(CCL_i*exp[-α*(i-1)])] / [ln(3/α)/4]. – InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 35.

H.4.7 Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege

PKMS

▶ Tafeln 12 und 13

Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege gibt es seit 2012. Die Zuteilung erfolgte aufgrund eines neu konstruierten ‹Pflegekomplexmassnahmen-Scores› (PKMS).[98]

Im ersten Jahr gab es zwei Zusatzentgelte: Ein niedrigeres für die hochaufwändige Pflege von Erwachsenen und ein höheres für die hochaufwändige Pflege von Kindern und Jugendlichen.

Differenzierung ab 2013

Ab dem Folgejahr wurde eine Differenzierung nach Aufwandpunkten eingeführt mit einem Splitt bei 130 Punkten.

Geschichte

Diese Zusatzentgelte entstanden aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe, die verlangte, dass die zusätzlichen Pflegefördermittel des dreijährigen Pflegesonderprogrammes von 2009 bis 2011 gezielt in Bereichen mit erhöhtem Pflegeaufwand eingesetzt werden. In der Zwischenzeit sind die Zusatzentgelte fester Bestandteil des GDRG-Systems geworden.[99]

Implementation

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.[100]

Häufigkeiten

Die Kalkulationskrankenhäusern codierten im zweiten Erhebungshalbjahr 2010 eine hochaufwändige Pflege bei 0.5 % der Fälle. Geschätzt wurde, dass der effektive Anteil bei 0.8 % bis 1.1 % liegt. In die ersten Berechnung der Zusatzentgelte für 2012 gingen Kostendaten von 12 000 Fällen mit hochaufwändiger Pflege ein.[101]

Kalkulation der Kostengewichte

Bei der Kalkulation der GDRG-Kostengewichte wurden die Fälle mit hochaufwändiger Pflege zunächst nicht berücksichtigt. Dies kann bei DRGs mit hohem Anteil solcher Fälle und bei schwach belegten DRGs einen grossen Einfluss auf die neuen Kostengewichte haben. Aus diesem Grund wurden ab GDRG-2014 die Fälle mit hochaufwändiger Pflege nicht mehr aus der Datenbasis zur Berechnung der Kostengewichte entfernt. Entfernt wurden nur noch der für die Berechnung des Zusatzentgeltes verwendete Kostenbeitrag.[102]

[98] DIMDI [PKMS 2013, 2012]. Vgl. auch: InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 27 f, InEK [G-DRGs 2013, 2012]: 25, http:// de.wikipedia.org / wiki / Pflegekomplexma%C3%9Fnahmen-Score [2013-10] und http:// www.pflegewiki.de / wiki / Pflegekomplexmaßnahmen _ Score.

[99] Vgl. GKV [Pflegesonderprogramm 2009 bis 2011, 2013]: 34 ff.

[100] Zu den Einbindungsmöglichkeiten der Pflege in DRGs vgl. Fischer [Pflege/DRG, 2001].

[101] InEK [G-DRGs 2012, 2011]: 49.

[102] InEK [G-DRGs 2014, 2013]: 26.

Tafel 12: Zusatzentgeltkategorien für hochaufwändige Pflege

Code	Jahre	Zusatzentgelt	Differenzierung
ZE130	*	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen	–
ZE130.01	*		43 bis 129 Aufwandspunkte
ZE130.02	*		130 und mehr Aufwandspunkte
ZE131	*	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen	–
ZE131.01	2013+2014		43 bis 129 Aufwandspunkte
ZE131.01	2015+2016	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	
ZE131.02	2013+2014	Hochaufwendige Pflege von Kindern und Jugendlichen	130 und mehr Aufwandspunkte
ZE131.02	2015+2016	Hochaufwendige Pflege von Kleinkindern oder von Kindern und Jugendlichen	

Tafel 13: Zusatzentgelte für hochaufwändige Pflege

Jahr	ZE130	ZE130.01	ZE130.02	ZE131	ZE131.01	ZE131.02
2016		1 058	2 342		2 791	4 724
2015		1 092	2 236		2 680	5 033
2014		1 117	2 278		2 607	4 949
2013		1 110	2 230		2 538	4 833
2012	1 291			2 806		

H.4.8 Ökonomische Homogenität

Tafel 14: Varianzreduktion der Kosten

Jahr	Anzahl DRGs	R^2 in %: alle Fälle	R^2 in %: getrimmt
2016	1 220		
2015	1 200	76.7	85.7
2014	1 196	76.7	85.3
2013	1 187	76.1	84.9
2012	1 193	75.4	84.4
2011	1 194	75.6	84.3
2010	1 200	74.4	84.3
2009	1 192	74.4	83.5
2008	1 137	72.1	81.7
2007	1 082	70.7	80.5
2006	954	68.1	78.9
2005	878	63.9	78.0
2004	824	55.3	70.0
2003	664	46.6	62.3

Die Varianzreduktion ist abhängig von den verwendeten Daten.

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.

Homogenitätskoeffizient

Ab der GDRG-Version 2004 wurde ein Homogenitätskoeffizient «HK» eingeführt. Er wird berechnet als: 1 / (1 + Variationskoeffizient).[103] Aus dem Homogenitätskoeffizitent kann der Variationskoeffizent berechnet werden als: 1 / Homogenitätskoeffizient – 1.

Tafel 15: Überleitungstabelle Variationskoeffizient (VK) – Homogenitätskoeffizient (HK)

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

[103] Braun [GDRG-Entwicklung, 2003]: 33.

H.4.9 Ausgewählte Internet-Adressen

Tafel 16: Internetadressen zum G-DRG-System

Bereich	Abkürzung	Bezeichnung	Internetadresse
Behörden	BMG	Bundesministerium für Gesundheit	http:// www.bmg.bund.de /
Entwicklung und Wartung	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	http:// www.gdrg.de / cms / Das_Institut
Daten	G-DRG	Definitionshandbücher G-DRG	http:// www.gdrg.de /
	ICD-10-GM	ICD-10, German Modification	http:// www.dimdi.de / static / de / klassi / icd-10-gm /
	OPS-301	Operationsschlüssel nach § 301 SGB V	http:// www.dimdi.de / static / de / klassi / ops /
	PKMS	Pflegekomplexmassnahmen-Score	
Online-Grouper (Auswahl)	DRG Research Group	WebGrouper der Stabsstelle Medizin Controlling am Universitätsklinikum Münster	http:// www.drg-research.de / de / webgroup / m.webgroup.php
Foren und Info-Dienste (Auswahl)	GKV DRG-Info	DRG-Informationen des GKV-Spitzenverbandes	http:// www.gkv-spitzenverband.de / krankenversicherung / krankenhaeuser / krankenhaeuser.jsp
	AOK DRG-Info	DRG-Informationen der AOK	http:// www.aok-gesundheitspartner.de / bund / krankenhaus / drg /
	DRG Research Group	DRG Research Group der Stabsstelle Medizincontrolling am Universitätsklinikum Münster	http:// www.drg-research.de /
	MedInfoWeb	Literatur und Links zum Thema «DRGs» von Michael Thieme	http:// www.medinfoweb.de /
	myDRG	Deutschsprachiges DRG-Diskussionsforum von Burkhard Sommerhäuser	http:// www.mydrg.de /

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-Vorständekonferenz BALK, Günzburg (InEK) 2003: 44 S.

DIMDI (2012) PKMS 2013
Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. *Pflegekomplexmaßnahmen-Scores für Erwachsene (PKMS-E), Kinder und Jugendliche (PKMS-J) und Kleinkinder (PKMS-K) zum OPS 2013*. Köln 2012: 25 S. Internet: http:// www.dimdi.de / static / de / klassi / ops / kodesuche / onlinefassungen / ops-html2013 / zusatz-anh-pflege-scores-pkms.pdf.

Fischer (2000) DRG-Systeme
Fischer W. *Diagnosis Related Groups (DRGs) und verwandte Patientenklassifikationssysteme*. Kurzbeschreibungen und Beurteilung. Wolfertswil (ZIM) 2000: 181 S. Internet: http:// fischer-zim.ch / studien / DRG-Systeme-0003-Info.htm.

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:// 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:// 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:// fischer-zim.ch / streiflicht / GDRG-2007-Sprache-0701.htm.

Fischer (2010) Neue Grafiken I
Fischer W. *Neue Grafiken zur Datenvisualisierung*. Band 1: Speichengrafiken, Streuungsfächerkarten, Differenz-, Sequenz- und Wechseldiagramme. Wolfertswil (ZIM) 2010: 107 S. Internet: http:// fischer-zim.ch / studien / Neue-Grafiken-I-1003-Info.htm.

GKV (2013) Pflegesonderprogramm 2009 bis 2011
GKV-Spitzenverband. *Abschlussbericht des GKV-Spitzenverbandes zum Pflegesonderprogramm gemäß § 4 Abs. 10 Satz 12 KHEntgG (Förderjahre 2009 bis 2011)*. Bericht an das Bundesministerium für Gesundheit.

Berlin 2013: 44 S. Internet: http:// www.gkv-spitzenverband.de / media / dokumente / krankenversicherung _ 1 / krankenhaeuser / budgetverhandlungen / pflegesonderprogramm / KH _ Pflegesonderprogramm _-Abschlussbericht _ 2013 _ 06 _ 30.pdf.

GKV/PKV/DKG (2014) Pressemitteilung GDRG 2015
GKV: Spitzenverbände der Krankenkassen, PKV: Verband der privaten Krankenversicherung, DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft. *Selbstverwaltung beschliesst Krankenhausentgeltkataloge 2015*. Gemeinsame Pressemitteilung: GVK, PKV und DKG vereinbaren DRG- und PEPP-Katalog. Berlin 2014: 3 S. Internet: http:// www.gkv-spitzenverband.de / media / dokumente / presse / pressemitteilungen / 2014 / Gm _ PM _ 2014-09-26 _ Entgeltkataloge _ 2015 _ verabschiedet.pdf.

GKV/PKV/DKG (2015) Pressemitteilung GDRG 2016
GKV: Spitzenverbände der Krankenkassen, PKV: Verband der privaten Krankenversicherung, DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft. *Selbstverwaltung beschliesst Krankenhausentgeltkataloge 2016*. Gemeinsame Pressemitteilung: GVK, PKV und DKG vereinbaren DRG- und PEPP-Katalog. Berlin 2015: 3 S. Internet: http:// www.gkv-spitzenverband.de / media / dokumente / presse / pressemitteilungen / 2015 _ 1 / Gm _ PM _ 2015-10-01 _ Entgeltkataloge _ 2016 _ verabschiedet.pdf.

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.

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.dkgev.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.msim.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.

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 (obsolet): 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 (obsolet): 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 (obsolet): http:// www.gdrg.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 (obsolet): 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 (obsolet): http:// www.gdrg.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 (obsolet): http:// gdrg.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.

InEK (2012) G-DRGs 2013
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. 2012: 202 S. Internet: http:// gdrg.de / cms / content / download / 4050 / 32884 / version / 1 / file / Abschlussbericht _ G-DRG-System2013.pdf.

InEK (2013) G-DRGs 2014
Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus. *Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2014*. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. 2013: 240 S. Internet: http:// gdrg.de / cms / content / download / 5188 / 40492 / version / 1 / file / Abschlussbericht _ G-DRG-System2014.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.

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.

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.

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.

Roeder N et al. (2008) Lernendes Vergütungssystem
Roeder N, Bunzemeier H, Fiori W. *Ein lernendes Vergütungssystem*. Vom Budgetierungsinstrument zum deutschen Preisssytsem. 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.