

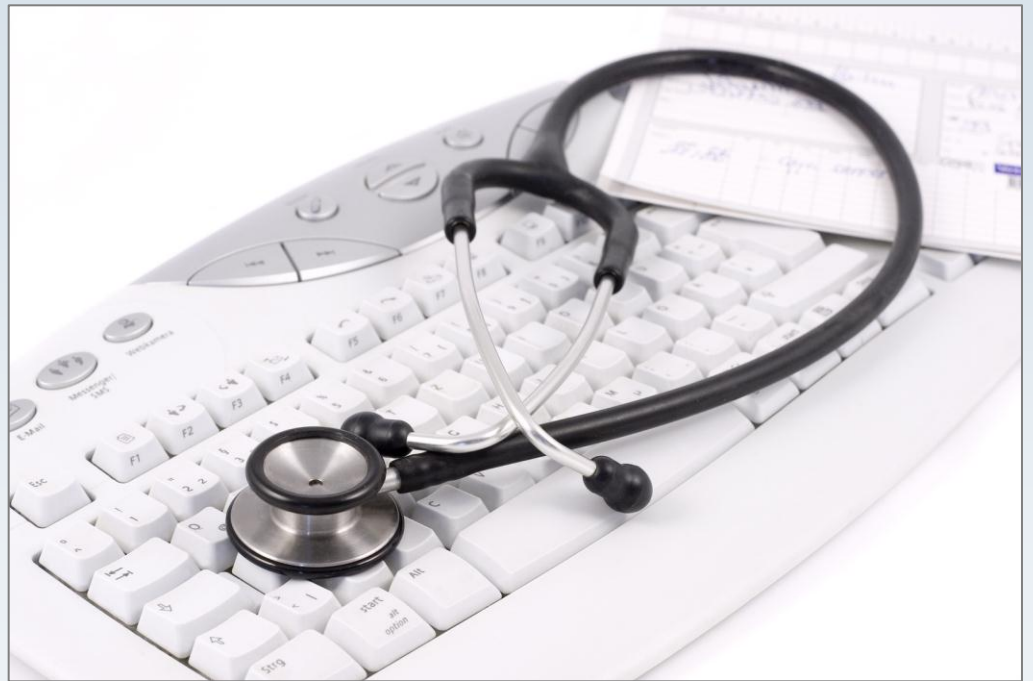


# Die Heidelberger Liste

Hintergründe und Anwendungsbeispiele

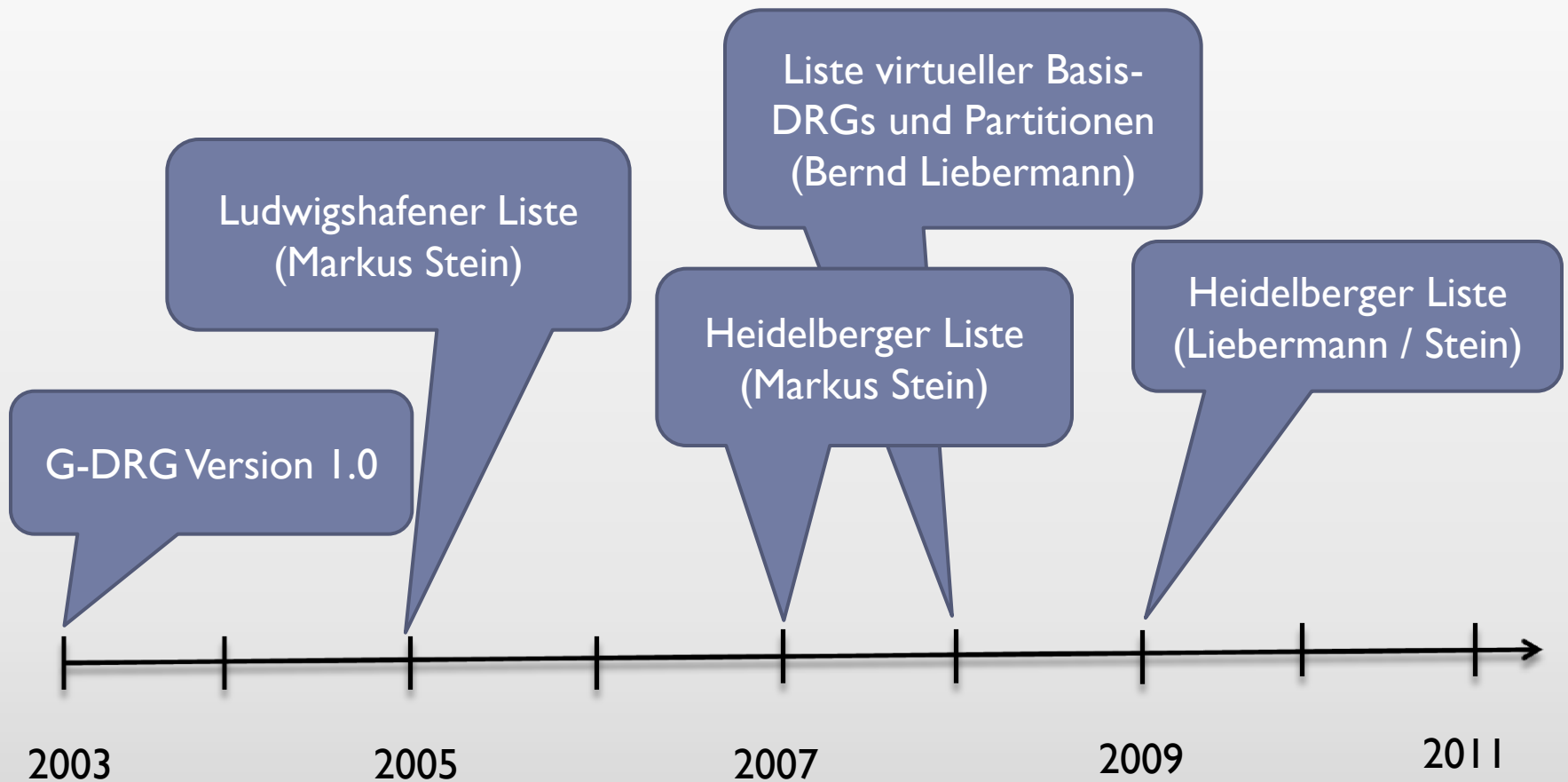
# Die Heidelberger Liste

- ▶ Ursprung und Hintergrund
- ▶ Anwendungsbeispiele
  - ▶ Nachweis von Leistungsverschiebungen im Erlösausgleichsverfahren vor 2009
  - ▶ Identifizierung von auf- und abgewerteten Leistungsbereichen im Rahmen des G-DRG Systemwechsels 2009/10



# **Ursprung und Hintergrund der Heidelberger Liste**

# Zeitliche Entwicklungslinie



# Grundproblem: Aufweichung Basis-DRG-Konstrukt in 2005

## ▶ Beispiel: Amputation bei Kreislauferkrankungen

### G-DRG Version 2004

**F13A** Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC

**F13B** Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC

#### Basis-DRG:

**F13** Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen

### G-DRG Version 2005

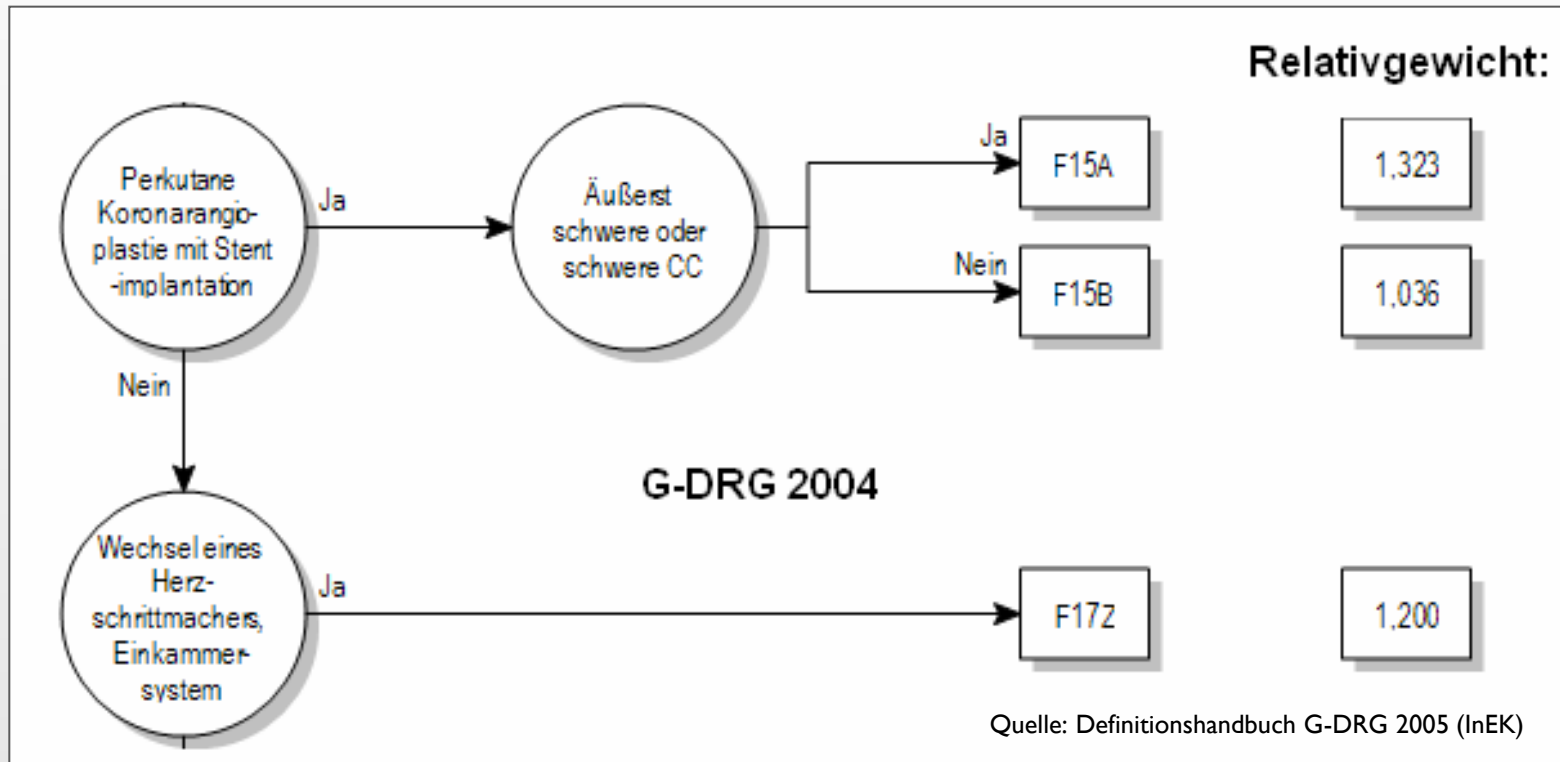
**F13Z** Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC

**F53Z** Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC

#### Virtuelle Basis-DRG:

**F13\_53** Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen

# Hintergrund: Abfragereihenfolge / Sortierung nach RG



Problem: Fälle mit SM-Wechsel und zusätzlich PCTA ohne äußerst schwere CC landen in der schlechter bewerteten F15B.

⇒ Weniger Erlös durch mehr Leistung !

# Konsequenzen der Abkehr vom Basis-DRG-Konstrukt

## Positiv

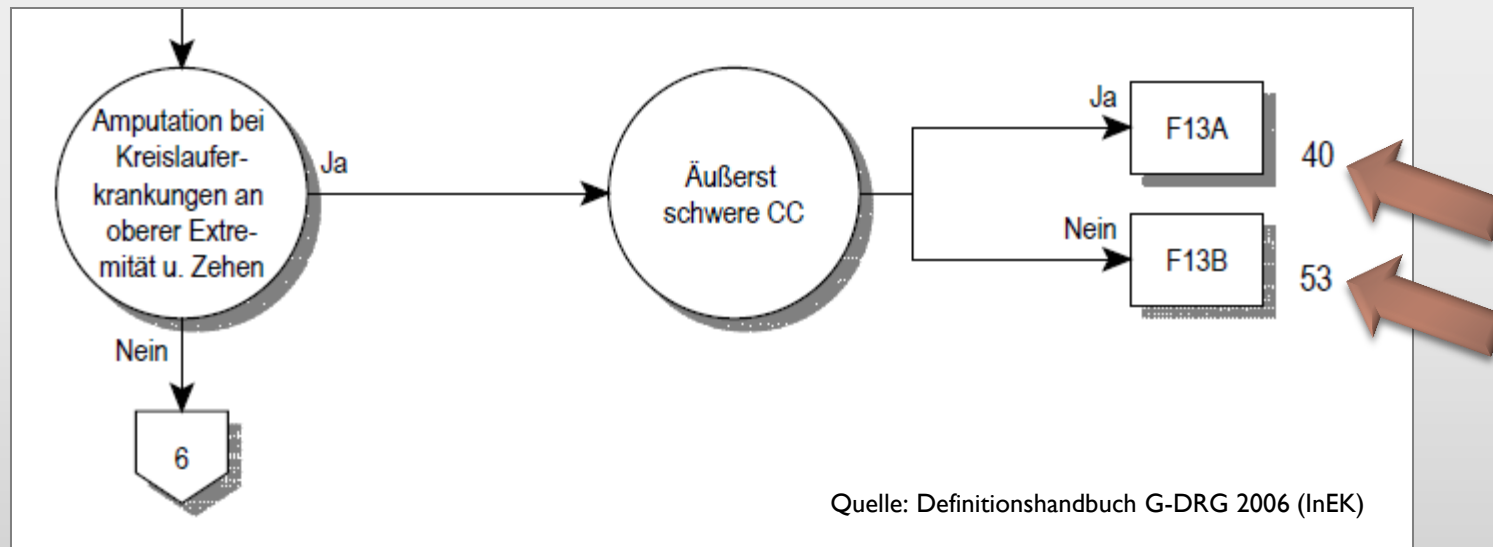
- ▶ Gerechtere Erlösverteilung durch nach Relativgewichten sortierte Abfragereihenfolge

## Negativ

- ▶ Klinische Leistungsbereiche lassen sich nun nicht mehr über Basis-DRGs im Berichtswesen abbilden.
- ▶ Sprengung der Nummernkreise für die Partitionen in einigen MDCs (Operative DRGs mit Nummern > 39)
- ▶ Erheblicher Verlust an Übersichtlichkeit und fortschreitende „klinische Entfremdung“ des Systems

# Trennung von Abfragereihenfolge und Basis-DRG-Konzept in 2006

- ▶ In 2006 wurde der Fehler stillschweigend korrigiert und das Problem der Abfragereihenfolge von der Basis-DRG-Systematik abgekoppelt.
- ▶ Ergebnis: *Amputation bei Kreislauferkrankungen mit und ohne CC* befinden sich jetzt wieder in einer gemeinsamen Basis-DRG.
- ▶ Die Position einer DRG in der Abfragereihenfolge wurde durch eine nachgestellte Ordnungszahl im Definitionshandbuch gekennzeichnet.





# G-DRG 2006 ff. - Alles wieder gut?

- ▶ Trotz der Wiederaufwertung der Basis-DRGs in 2006 werden weiterhin zahlreiche klinisch zusammengehörige Leistungskomplexe in z.T. weit auseinander liegenden Fallpauschalen abgebildet.
- ▶ Hier ein Beispiel aus 2008:
  - ▶ C03Z Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren mit extrakapsulärer Extraktion der Linse (ECCE)
  - ▶ C15Z Andere Eingriffe an der Retina
  - ▶ C17Z Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie und andere komplexe Prozeduren ohne extrakapsuläre Extraktion der Linse (ECCE)
- ▶ Diese drei DRGs sind in der virtuellen Basis-DRG *C03\_17 Eingriffe an der Retina* zusammengefasst.

# Nächste Hürde: Der Fluch der Kondensation

- ▶ Kondensation = Verschmelzung medizinisch heterogener, aber kostenhomogener Leistungen
- ▶ Die Folge: Definitionsungetüme ohne einheitlichen klinischen Kern, die sich mehr als einer virtuellen Basis-DRG zuordnen lassen. Beispiel:

F42Z Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff



# Die Folge: Zwei Heidelberger Listen seit 2009

## Liste I

- ▶ „Virtuelle Entkondensation“:  
Bildung inhaltlich homogener  
virtueller Basis-DRGs
- ▶ DRGs können mehr als einer  
virtuellen Basis-DRG zugeordnet  
sein
- ▶ Dadurch allerdings keine  
eindeutige Zuordnung auf  
Fallebene mehr möglich
- ▶ Nicht zum Einsatz im  
Berichtswesen tauglich

## Liste II

- ▶ Beibehaltung der Kondensation
- ▶ Zusammenfassung heterogener,  
überlappender Basis-DRGs
- ▶ Dadurch Zuordnung auf Fallebene  
möglich
- ▶ Kann im Berichtswesen eingesetzt  
werden, enthält aber z.T. äußerst  
heterogene Fallgruppen

# Visualisierung des Zusammenhangs der Listen I und II am Beispiel der J06\_J18

## J06\_J18 Mastektomie oder Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma (Liste II)

J06\_J16! Mastektomie (Liste I)

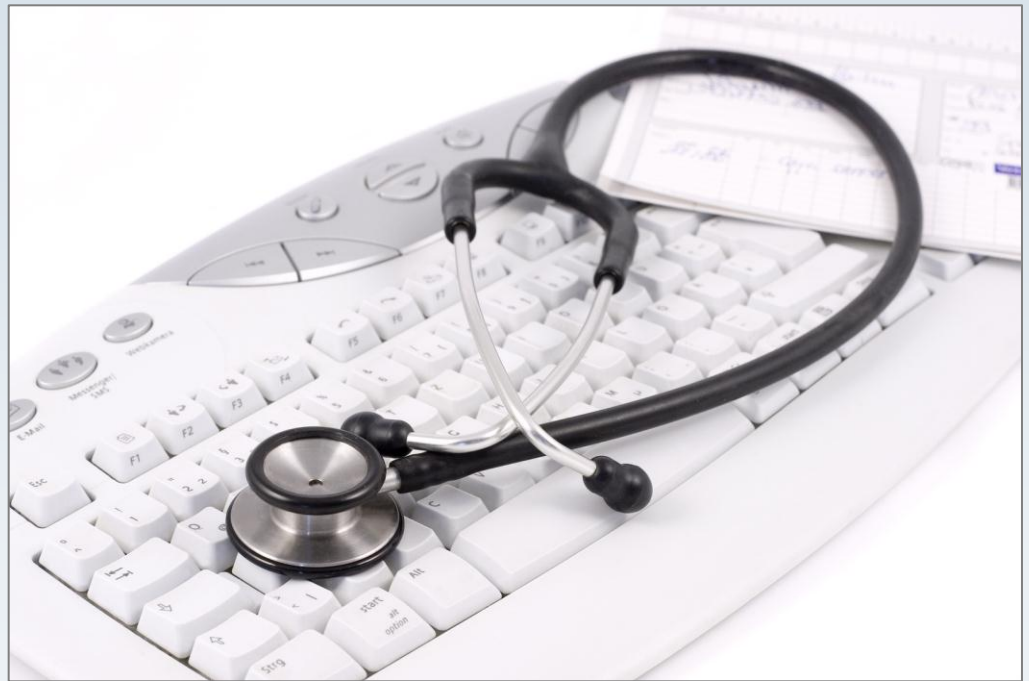
J16\_J18! Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma (Liste I)

J16Z Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma

J06Z Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung

J17Z Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen

J18Z Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag



**Anwendungsbeispiel 1:**  
**Nachweis von Leistungsveränderungen  
beim Erlösausgleich vor 2009**

# „Sonstige“ und „kodierbedingte“ Mehrerlöse

- ▶ Bis 2008 Unterscheidung zwischen

**Sonstige Mehrerlöse**

**65% Ausgleich**

**Mehrerlöse durch veränderte  
Kodierung  
100 % Ausgleich**

- ▶ Sog. vereinfachte Ermittlung von kodierbedingtem und sonstigem Mehrerlös:

Mehrerlös<sub>[sonstig]</sub> =

$$CM_{[Ist]} - (Fallzahl_{[Ist]} * CMI_{[VB]}) * BFW$$

Mehrerlös<sub>[kodierbedingt]</sub> =

$$Mehrerlös_{[gesamt]} - Mehrerlös_{[sonstig]}$$

## „Sonstige“ und „kodierbedingte“ Mehrerlöse

- ▶ Konsequenz: Der gesamte CMI-Anstieg wird als kodierbedingt interpretiert!
- ▶ Beweislast für tatsächliche Leistungsveränderungen liegt beim Krankenhaus!
- ▶ Verschiedene Verfahren zur exakten Abgrenzung von Leistungsveränderungen gegenüber Kodiereffekten wurden entwickelt (z.B. *Nebendiagnoseneffizienz* von Nüssle/Damian), konnten sich aber nicht durchsetzen.
- ▶ Eine deskriptive Darstellung der Leistungsveränderungen auf Basis der Heidelberger Liste ist nach Kenntnisstand des Autors der einzige auf Kostenträgerseite akzeptierte Weg, um das Argument „veränderte Kodierung“ von der Hand zu weisen.

# Deskriptive Aufstellung der Leistungsveränderung in drei Gruppen

## Virtuelle Basis-DRGs mit 5 oder mehr Fällen über der vereinbarten Fallzahl

Virtuelle Basis-DRG	Fallzahl Ist	Fallzahl VB	Differenz	CMI Ist
B39_83 Apoplex / TIA	600	500	100	1,100
F15_58 PTCA / invasive kardiologische Diagnostik	800	720	80	1,300
...	...	...	...	...
<b>Gesamt</b>	<b>3000</b>	<b>2500</b>	<b>500</b>	<b>1,120</b>

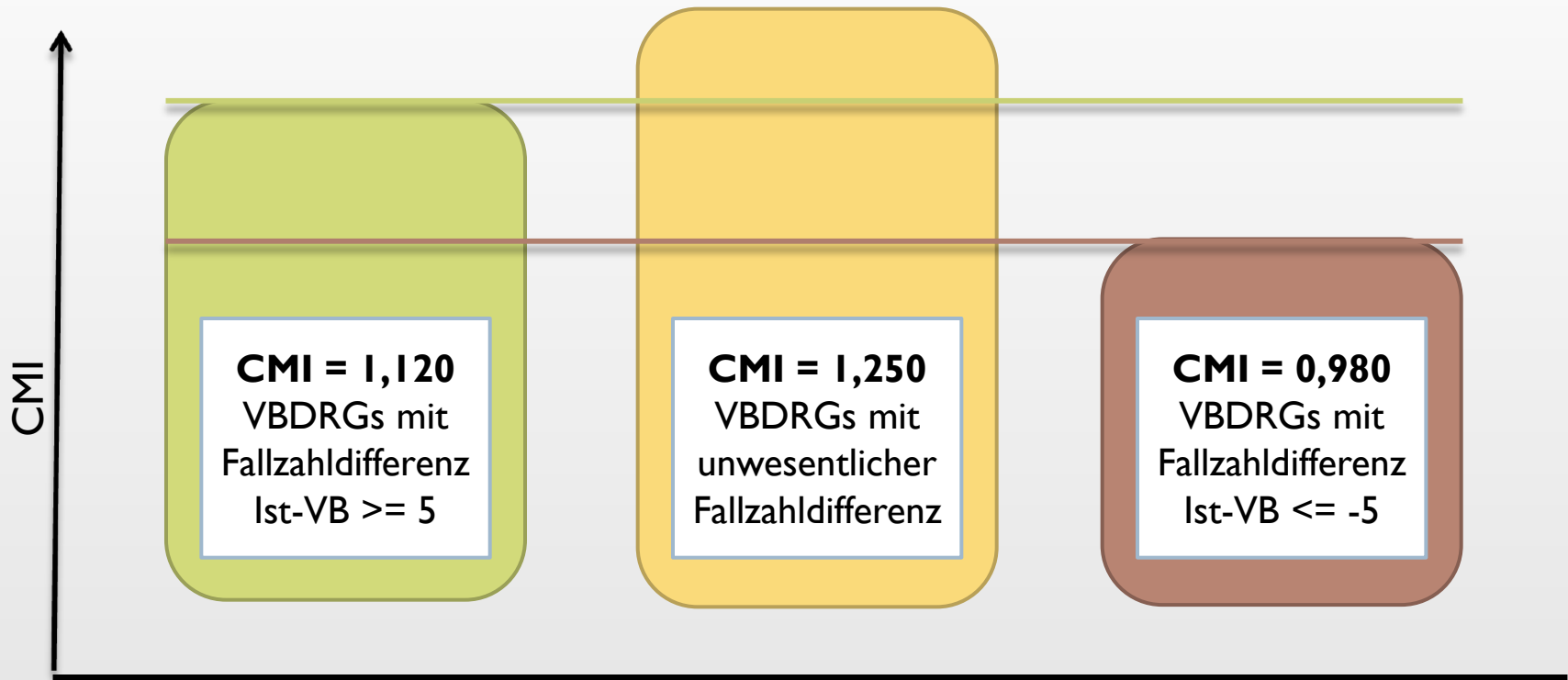
## Virtuelle Basis-DRGs mit Fallzahlabweichung zwischen -4 und +4

## Virtuelle Basis-DRGs mit 5 oder mehr Fällen unter der vereinbarten Fallzahl

Virtuelle Basis-DRG	Fallzahl Ist	Fallzahl VB	Differenz	CMI Ist
L08_L17 Eingriffe an der Urethra	150	250	-100	0,500
K60 Diabetes mellitus	350	400	-50	0,800
...	...	...	...	...
<b>Gesamt</b>	<b>2400</b>	<b>2800</b>	<b>-400</b>	<b>0,980</b>



# Vergleich des CMI zw. den Gruppen mit positiver und negativer Fallzahlabweichung



- ▶ Die Gruppe der virtuellen Basis-DRGs (VBDRGs) mit Fallzahlsteigerung weist einen höheren CMI auf als die Gruppe der DRGs mit Fallzahlrückgang im Vergleich zum Vereinbarungs-EI
- ▶ Teure Leistungen wurden häufiger, weniger aufwändige seltener erbracht

# Einwand: CM-Steigerung innerhalb der virtuellen Basis-DRGs

Virtuelle Basis-DRGs mit CMI-Anstieg	CMI Ist	CMI VB	Differenz	Fallzahl Ist	CM Plus
B39_83 Apoplex / TIA	1,100	1,080	0,020	600	12,000
L08_L17 Eingriffe an der Urethra	0,500	0,470	0,030	150	4,500
...	...	...	...	...	...

- ▶ Bei einzelnen virtuellen Basis-DRGs ist ein Anstieg des CMI zu beobachten, der auf eine verbesserte Kodierung ohne Veränderung der Fallschwere zurückzuführen sein könnte.
- ▶ Für die zahlenmäßig relevanten unter diesen virtuellen Basis-DRGs muss (eventuell mit Hilfe externer Berater) geprüft werden, worauf der CMI-Anstieg zurückzuführen ist bzw. in welchem Umfang tatsächliche Leistungsveränderungen stattgefunden haben.

# Ursachenforschung auf Ebene einzelner virtueller Basis-DRGs

- ▶ So konnte z.B. in einem Gutachten der Firma *InterNova* für ein süddeutsches Krankenhaus gezeigt werden, dass ein beobachteter CMI-Anstieg in der virtuellen Basis-DRG *Apoplex / TIA* in wesentlichem Umfang auf einen **Anstieg der Thrombolyse-Rate** zurückzuführen war, welche eine Verschiebung von der B70F in die B70E bewirkte.
- ▶ Dieser Anstieg der Thrombolyse-Rate wiederum war die Reaktion auf eine **Überarbeitung der Schlaganfall-Leitlinien** in 2008, die in der neuen Fassung eine großzügigere Indikationsstellung zur systemischen Thrombolyse empfehlen und in der klinischen Praxis des Krankenhauses nachvollziehbar umgesetzt wurden.

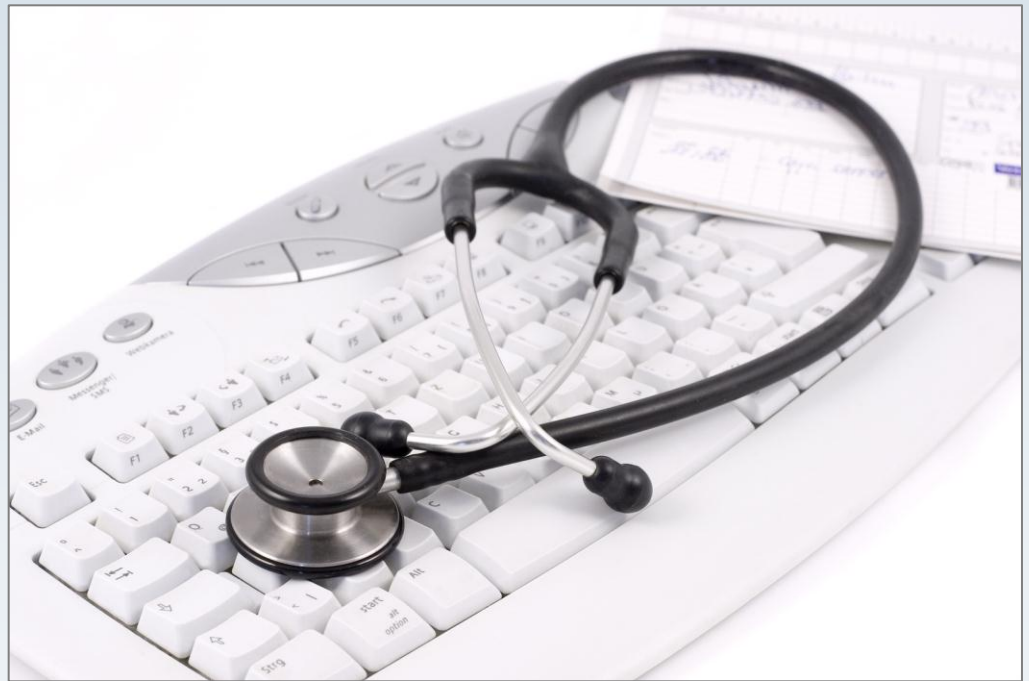
# Beurteilung des Verfahrens

## Positiv

- ▶ Einfache, transparente und sachlich-inhaltliche Argumentation anstelle von abstrakter Komponenten-Arithmetik
- ▶ Dadurch gute Akzeptanz bei allen Beteiligten

## Negativ

- ▶ Einteilung der drei Gruppen letztlich willkürlich
- ▶ Andere Einteilungsgrenzen (statt +/- 5 Fälle) führen zu leicht abweichenden Ergebnissen
- ▶ Die Höhe des tatsächlichen Kodiereffektes ist nicht exakt quantifizierbar und muss ausgehandelt werden



**Anwendungsbeispiel 2:**  
**Identifizierung von gegenüber dem**  
**Vorjahr ab- und aufgewerteten**  
**Leistungsbereichen**

# Analyse von Bewertungs-Verschiebungen 2009 / 10 anhand der Heidelberger Liste

- ▶ Beschränkung auf virtuelle Basis-DRGs mit gleicher Zusammensetzung und gleicher textlicher Definition der enthaltenen Basis-DRGs
- ▶ Berechnung des CMI pro virtueller Basis-DRG durch Multiplikation der Relativgewichte 2009 bzw. 2010 mit den Fallzahlen aus dem DRG-Browser 2009 und anschließender Division durch die Summe der DRG-Fallzahlen.
- ▶ Annahme: Ein Fall, der 2009 in DRG XYZ eingruppiert wurde landet auch 2010 in DRG XYZ!

# Beispiel: J03\_J04 Eingriffe an der Haut der unteren Extremität

DRG	Fallzahl 2009	RG 2009	RG2010
J03A Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC	359	2,017	1,737 (!)
J03B Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC	424	1,427	1,278 (!)
J04A Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC	705	1,163	1,110
J04B Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter < 70 Jahre ohne CC	105	0,669	0,711
<b>Gesamt</b>	<b>1593</b>	<b>1,393</b>	<b>1,270</b>

⇒ **Differenz: -8,9% !**

# Top 10 der in 2010 abgewerteten (virtuellen) Basis-DRGs<sup>1</sup>

(virtuelle) Basis-DRG	RG 2009	RG2010	Differenz
X64 Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung	0,399	0,352	-11,8%
F18 Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel	1,561	1,378	-11,8%
X62 Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung	0,538	0,488	-9,3%
U66 Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit	0,695	0,632	-9,1%
J03_J04 Eingriffe an der Haut der unteren Extremität	1,393	1,270	-8,9%
E74 Interstitielle Lungenerkrankung	0,925	0,847	-8,4%
A62_A69 Evaluierungsaufenthalt vor Transplantation	2,240	2,073	-7,4%
D25 Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals	1,926	1,798	-6,7%
F64 Hautulkus bei Kreislauferkrankungen	1,062	0,992	-6,6%
T62 Fieber unbekannter Ursache	0,700	0,655	-6,5%

Quelle: Markus Stein

1) Nur virtuelle Basis-DRGs mit mindestens 500 Fällen in der Kalkulationsstichprobe 2009



# Top 10 der in 2010 aufgewerteten (virtuellen) Basis-DRGs<sup>1</sup>

(virtuelle) Basis-DRG	RG 2009	RG2010	Differenz
C04 Hornhauttransplantation	1,577	1,803	14,4%
A60_A61 Versagen und Abstoßung eines Transplantates	1,242	1,365	9,9%
M03_M05 Eingriffe am Penis	1,126	1,236	9,7%
B09 Andere Eingriffe am Schädel	1,248	1,354	8,4%
N11 Andere ORProzeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen	1,518	1,645	8,4%
C05_C13 Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen	0,630	0,676	7,3%
J68 Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag	0,184	0,197	7,1%
I39_I54 Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	2,221	2,376	7,0%
C62 Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen	0,347	0,371	6,9%
E60 Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	1,859	1,974	6,2%
D66 Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals	0,424	0,449	5,9%

Quelle: Markus Stein

<sup>1</sup>) Nur virtuelle Basis-DRGs mit mindestens 500 Fällen in der Kalkulationsstichprobe 2009