

---

# DRG-Katalogeffekte

---

Bewertung von Katalogeffekten und Beschreibung  
ihrer Einflussfaktoren im G-DRG-System

**Expertise im Auftrag des  
Zentralinstituts für die  
kassenärztliche Versorgung  
in der Bundesrepublik Deutschland**

Prof. Dr. med. Norbert Roeder

Dr. med. Wolfgang Fiori

Dr. med. Holger Bunzemeier

DRG-Research-Group

Universitätsklinikum Münster

Westfälische Wilhelms-Universität

Domagkstr. 20, 48129 Münster

Februar 2010



# Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>1</b>
<b>Glossar .....</b>	<b>3</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>8</b>
<b>2 Definition und Bedeutung der Katalogeffekte .....</b>	<b>9</b>
2.1 Was ist ein Katalogeffekt? .....	9
2.1.1 JÄHRLICHE KALKULATION DES G-DRG-SYSTEMS.....	9
2.1.2 DEFINITION DES KATALOGEFFEKTS.....	10
2.1.3 MESSUNG DES KATALOGEFFEKTS.....	11
2.1.4 EINFLÜSSE AUF DEN KATALOGEFFEKT .....	12
2.1.4.1 Fallmigrationen zwischen einzelnen DRGs.....	12
2.1.4.2 Veränderte Bewertung einer DRG.....	13
2.1.4.3 Veränderte Verweildauermittelwerte und Grenzverweildauern.....	14
2.1.4.4 Verlegungsfallpauschalen .....	17
2.1.4.5 Fallzusammenlegungen .....	18
2.1.4.6 Leistungsverschiebungen zwischen den unterschiedlichen Anlagen des Fallpauschalenkatalogs und anderen Vergütungselementen .....	19
2.2 Was ist nicht unter einem Katalogeffekt zu verstehen? .....	21
2.2.1 VERÄNDERUNGEN DES BASISFALLWERTS .....	21
2.2.2 BEZUGSGRÖßENEFFEKT .....	21
2.2.3 KODIEREFFEKTE .....	23
2.2.3.1 Rightcoding.....	23
2.2.3.2 Neu gruppierungsrelevante Attribute.....	24
2.2.4 FALLPRÜFUNGEN DER KOSTENTRÄGER .....	24
2.2.5 VERÄNDERUNGEN DER LEISTUNGSSTRUKTUR.....	25
<b>3 Weitere Einflussfaktoren auf Katalogeffekte und Casemix-Indices.....</b>	<b>27</b>
3.1 Belegärztliche Versorgung .....	27
3.2 Ausgliederung bzw. Wiedereingliederung Besonderer Einrichtungen.....	28
3.3 Einzelverträge .....	29
<b>4 Katalogeffekte auf unterschiedlichen Ebenen.....</b>	<b>30</b>
4.1 Katalogeffekte auf Bundesebene .....	30
4.2 Katalogeffekte auf Landesebene .....	31
4.3 Katalogeffekte auf Krankenhausebene .....	32
4.4 Katalogeffekte auf Fachabteilungsebene.....	35

**5 Zusammenfassung ..... 39**  
**Quellenverzeichnis ..... 40**

## Glossar

<b>§ 21-Datensatz</b>	Jedes Krankenhaus muss nach § 21 Abs.1 des Krankenhausentgeltgesetzes seine DRG relevanten Daten jeweils bis zum 31. März des Folgejahres dem DRG-Institut (InEK) zur Verfügung stellen. Die Daten müssen von allen Krankenhäusern in einem einheitlichen Datensatzformat zur Verfügung gestellt werden.
<b>Bewertungsrelation (Relativgewicht, Kostengewicht)</b>	Jeder DRG wird ein relatives Kostengewicht (auch Relativgewicht oder Bewertungsrelation genannt) zugeordnet. Es ist ein Maß für den durchschnittlichen Aufwand der Behandlung der DRG-Fallpauschale. Die effektive Bewertungsrelation unterscheidet sich von der im Fallpauschalenkatalog angegebenen Bewertungsrelation durch die im individuellen Fall ggf. notwendigen Ab- und Zuschläge für Kurzlieger, Langlieger oder verletzte Fälle.
<b>Bezugsgröße</b>	InEK-interne Verrechnungsgröße in Euro, die dazu verwendet wird, die Kostenmittelwerte in dimensionslosen Bewertungsrelationen umzurechnen. Die Bezugsgröße hat keinen Bezug zu echten Basisfallwerten. Ihre Höhe ergibt sich aus der Methodik zur Normierung der Höhe der Bewertungsrelationen (weitere Erläuterung siehe Kapitel 2.2.2 und 4.1).
<b>Casemix (CM)</b>	Summe der Bewertungsrelationen Die Bezeichnung „effektiver“ Casemix stellt explizit klar, dass bei der Ermittlung des Casemix auch die notwendigen Ab- und Zuschläge für Kurzlieger, Langlieger oder verletzte Fälle berücksichtigt wurden.
<b>Casemix-Index (CMI)</b>	Quotient aus der Summe der Bewertungsrelationen und der Fallzahl, entspricht der mittleren Bewertungsrelation.
<b>DRG</b>	<b>Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppen)</b> DRGs sind ein Patientenklassifikationssystem, welches anhand eines klinisch orientierten Schemas die Behandlung von Patienten in aufwandsähnliche Gruppen gliedert. Eine stationäre Krankenhausbehandlung (Behandlungsfall) wird in einem DRG-System mit pauschalierten Preisen (Fallpauschalen) vergütet, die dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand für diese Behandlung entsprechen. In Deutschland wird das G-DRG-System verbindlich in allen zugelassenen Krankenhäusern zur Finanzierung/Abrechnung der stationären Behandlungsleistungen eingesetzt. Der Algorithmus zur Ermittlung einer G-DRG aus medizinischen Diagnosen (ICD-10-GM), durchgeführten Behandlungen (OPS) und weiteren Attributen wird vom InEK veröffentlicht und mit einer speziellen Software (Grouper) am Computer zugänglich gemacht.
<b>FPV</b>	<b>Fallpauschalenvereinbarung</b> Enthält die Abrechnungsregeln und als Anhang den Fallpauschalen- und Zusatzentgeltkatalog.

<b>FPVBE</b>	<p><b>Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen</b></p> <p>Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser.</p> <p>Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder Patientinnen oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden. Seit 2006 VBE (Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner).</p>
<b>G-DRG</b>	Konkrete DRG des deutschen G-DRG-Systems (s. auch DRG).
<b>Grenzverweildauern</b>	<p>Markieren den Verweildauerbereich, in dem eine Behandlung mit der im Fallpauschalenkatalog angegebenen DRG-Bewertungsrelation vergütet wird. Bei Verweildauern jenseits der Grenzverweildauern werden tagesbezogene Ab- und Zuschläge zur im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Bewertungsrelation abgezogen bzw. hinzugerechnet. Es resultiert die effektive Bewertungsrelation.</p> <p>Die Grenzverweildauern werden normativ ermittelt.</p> <p>Die untere Grenzverweildauer beträgt ein Drittel der mittleren arithmetischen Verweildauer der Inlier, mindestens jedoch zwei Tage.</p> <p>Die obere Grenzverweildauer ermittelt sich aus der mittleren arithmetischen Verweildauer der Inlier zuzüglich der zweifachen Standardabweichung. Die obere Grenzverweildauer liegt jedoch je nach G-DRG-Systemversion höchstens 16-18 Tage oberhalb mittleren arithmetischen Verweildauer der Inlier (s. dazu auch [2]).</p>
<b>Grouper</b>	Software zur Zuordnung zu eines Behandlungsdatensatzes zu einer DRG (enthält den komplexen DRG-Gruppierungsalgorithmus).
<b>ICD-10-GM</b>	<p><b>International Classification of Diseases (German Modification)</b></p> <p>Anpassung der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (10. Revision) an die Erfordernisse der deutschen Abrechnungssysteme (German Modification). Dient der Verschlüsselung von Diagnosen.</p>
<b>Implizite Einbelegungstag-DRG</b>	Zur sachgerechten Abbildung der Kurzlieger in G-DRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von zwei Tagen, werden zur Ermittlung eines sachgerechten Abschlags vom InEK die tatsächlichen Kosten der Fälle mit einem Belegungstag zugrundegelegt. Eine normative Kalkulation der Abschlagshöhe aus den Kosten der Inlier erfolgt für diese G-DRGs nicht. Es handelt sich um eine eigenständig kalkulierte DRG, die jedoch nicht explizit (sondern nur implizit über den Abschlag) im DRG-Fallpauschalenkatalog aufgeführt wird.
<b>InEK</b>	<p><b>Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (GmbH)</b></p> <p>Institut der Selbstverwaltungspartner (die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung), das für die Aufgaben im Zusammenhang mit der Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des G-DRG-Systems verantwortlich ist (s. auch <a href="http://www.g-drg.de">www.g-drg.de</a>).</p>
<b>Inlier (Normallieger)</b>	Fälle mit einer Verweildauer zwischen den Grenzverweildauern der abzurechnenden DRG: es kommt die Bewertungsrelation des Fallpauschalenkatalogs zur Abrechnung.

<b>Integrierte Versorgung</b>	Möglichkeit der einzelvertraglichen Vereinbarung für eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung nach § 140a-d SGB V. Die Teilnahme der Versicherten an den integrierten Versorgungsformen ist für Versicherte freiwillig.
<b>KHEntgG</b>	<b>Krankenhausentgeltgesetz</b> Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen.
<b>KHG</b>	<b>Krankenhausfinanzierungsgesetz</b> Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze.
<b>Kurzlieger</b>	Fälle mit einer Verweildauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer der abzurechnenden DRG: es werden Abschläge vorgenommen.
<b>Langlieger</b>	Fälle mit einer Verweildauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer der abzurechnenden DRG: es werden Zuschläge berechnet.
<b>Migration</b>	Veränderte Zuordnung einer identischen Leistung in unterschiedlichen DRG-Systemversionen.
<b>Normallieger</b>	s. Inlier
<b>NUB</b>	<b>Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden</b> Additive Vergütungskomponente des G-DRG-Systems für Innovationen (nach § 6 Abs. 2 KHEntgG), die jährlich von jedem Krankenhaus individuell beim InEK beantragt werden muss.
<b>OPS</b>	<b>Operationen- und Prozedurenschlüssel</b> (nach § 301 SGB V) Dient der Verschlüsselung von Prozeduren.
<b>Outlier (Kurz- und Langlieger, verlegte Fälle)</b>	Fälle mit einer Verweildauer außerhalb der Grenzverweildauern oder verlegte Fälle mit einer Verweildauer kürzer als die mittlere Verweildauer der abzurechnenden DRG: es kommen Zu- oder Abschläge zur Anwendung.
<b>Rightcoding</b>	Ist die meist gezielte (intendierte), durch die Klassifikationssysteme, Kodierrichtlinien und Abrechnungsregeln gedeckte und erwünschte korrekte Dokumentation, vormals fehl-, meist erlöstechnisch unterdokumentierter Fallkonstellationen.
<b>SGB V</b>	<b>Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (Gesetzliche Krankenversicherung)</b>
<b>Überlieger</b>	Fälle deren Aufnahme und Entlassung ins Krankenhaus in unterschiedliche Kalenderjahre fallen. Buchungs- und budgettechnisch sind diese Fälle dem Entlassungsjahr zuzuordnen. Bezüglich der Kodierung, Gruppierung und den Abrechnungsregeln sind die Regelungen (G-DRG-Systemversion) des Aufnahmejahres maßgeblich.
<b>UKM</b>	<b>Universitätsklinikum Münster</b>

<b>VBE</b>	<p><b>Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen</b></p> <p>Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder Patientinnen oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen ausgenommen werden. Bis 2005 noch FPVBE (s. dort).</p>
<b>ZE</b>	<p><b>Zusatzentgelt</b></p> <p>Additive Vergütungskomponente des G-DRG-Systems für eng begrenzte Ausnahmen. Kann zusätzlich zu einer G-DRG abgerechnet werden. Es werden folgende Zusatzentgelte unterschieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bewertete Zusatzentgelte: hier ist der Eurobetrag bundesweit vorgegeben, es können Altersbeschränkungen vorliegen. Bewertete Zusatzentgelte werden in Anlage 2 des Fallpauschalenkatalogs gelistet.</li> <li>- Unbewertete Zusatzentgelte: Entgelthöhe wird nach § 6 Abs. 1 KHEntgG lokal zwischen Krankenhaus und Kostenträgern verhandelt. Unbewertete Zusatzentgelte werden in Anlage 4 des Fallpauschalenkatalogs gelistet.</li> <li>- Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nach § 6 Abs. 2 KHEntgG (NUB): für diese innovativen Leistungen können ebenfalls (wenn vom Krankenhaus rechtzeitig beantragt und vom InEK als NUB-Leistung anerkannt) lokal zwischen Krankenhaus und Kostenträgern Zusatzentgelte verhandelt werden.</li> <li>- Besondere Leistungen nach § 6 Abs. 2a KHEntgG: sind die speziellen Voraussetzungen des § 6 Abs. 2a erfüllt, so können für diese besonderen Leistungen ebenfalls lokal zwischen Krankenhaus und Kostenträgern Zusatzentgelte verhandelt werden.</li> </ul>



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Beispiel für eine Migration von Fällen zwischen zwei G-DRG-Versionen .....	13
Abbildung 2	Gleiche DRG-Ziffer trotz anderer DRG-Definition in unterschiedlichen G-DRG-Versionen am Beispiel der DRG F50A .....	14
Abbildung 3	Fiktive Vergütungsprofile einer DRG in zwei unterschiedlichen DRG-Versionen. Die gestrichelte Kurve gibt das abweichende Vergütungsprofil für verlegte Fälle an. ....	17
Abbildung 4	Beispiel für einen gemessenen Katalogeffekt bei Leistungen, die in einer G-DRG-Vorversion (teilweise) über andere Entgeltformen abgebildet wurden.....	20
Abbildung 5	Entwicklung der Katalogeffekte für die CMI-Größenklassen $< 0,9$ und $\geq 1,3$ [3].....	34

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Existierende G-DRG-Groupversionen .....	12
Tabelle 2	Casemix-Korrektur für antizipierte Katalogänderungen .....	30
Tabelle 3	Auszug aus Folie von Dr. Heimig (InEK) vom DRG-Forum 2005 zum Bezugsgrößen- und Katalogeffekt für die Bundesländer beim DRG-Versionswechsel 2004/2005 [3]	32
Tabelle 4	Katalogeffekte für Krankenhausgruppen nach CMI-Größenklassen [3] .....	33
Tabelle 5	Katalogeffekte für Krankenhausgruppen nach Betten-Größenklassen [3] .....	34

Zum Verständnis dieser Expertise sind Grundkenntnisse des G-DRG-Systems notwendig. Die wesentlichen zusätzlichen Erläuterungen finden sich in dieser Expertise vorangestellten Glossar.

## 1 Einleitung

Das für die Abrechnung vollstationärer Krankenhausleistungen eingeführte G-DRG-System wurde vom Gesetzgeber und den Selbstverwaltungspartnern als „lernendes System“ konzipiert. Dabei lernen nicht nur das DRG-Klassifikationssystem durch verbesserte Kalkulation und gezielte Anpassungsvorschläge hinzu, sondern selbstverständlich auch die Anwender und der Gesetzgeber. So setzt das DRG-System beispielsweise selbst Anreize zu einer veränderten Leistungserbringung (z.B. Leistungsverdichtung). Änderungen der Rahmenbedingungen (z.B. Einführung bzw. Ausweitung des Kataloges stationärer Maßnahmen nach § 115b SGB V) können ebenso wie der medizinische Fortschritt zu veränderter Leistungserbringung im vollstationären Bereich führen, die entsprechend im lernenden G-DRG-System nachvollzogen werden.

Ökonomischer Ausdruck dieses Lernvorgangs und der jährlichen Anpassung des DRG-Fallpauschalenkatalogs an Veränderungen der Leistungserbringung ist der Katalogeffekt. Er integriert alle ökonomischen Auswirkungen der jährlichen Umstellung auf eine neue DRG-Version. Katalogeffekte wurden und werden beispielsweise zur strategischen Planung der Leistungsausrichtung als auch für Verhandlungen zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf der lokalen und Landesebene berechnet und genutzt.

Katalogeffekte unterliegen einer Vielzahl von Einflussfaktoren und werden in der Literatur nicht immer trennscharf von andern Einflüssen getrennt. Wesentlich für die Interpretation des Katalogeffektes ist daher auch die Beschreibung der Methodik, mit der dieser ermittelt wurde.

## **2 Definition und Bedeutung der Katalogeffekte**

### **2.1 Was ist ein Katalogeffekt?**

#### **2.1.1 Jährliche Kalkulation des G-DRG-Systems**

Das G-DRG-System stellt seit 2004 die verbindliche Grundlage der Finanzierung somatischer vollstationärer Krankenhausleistungen in Deutschland dar. G-DRG steht für German Diagnosis Related Groups. Dabei handelt es sich um Fallpauschalen, deren wesentliche Zuordnungskriterien aus den Diagnosen (ICD-10 Codes) und Prozeduren (OPS-Kodes) abgeleitet werden.

Das G-DRG-System wird jährlich anhand von Ist-Kostendaten von inzwischen ca. 250 Krankenhäusern in seiner Klassifikation und seinem Algorithmus vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) überarbeitet sowie in Bezug auf die Bewertungen der DRGs neu kalkuliert [2]. Dabei werden stets die Kostendaten aus dem Vorjahr (Datenjahr) zur Kalkulation der G-DRG-Version des Folgejahres verwendet. So beruht die G-DRG-Version 2010 auf der Erhebung von Kosten- und Leistungsdaten aus dem Jahr 2008.

Ermittelt wird im Rahmen der Kalkulation für jede DRG eine Bewertungsrelation, die den relativen ökonomischen Aufwand (Relativgewicht) einer DRG im Verhältnis zu den anderen DRGs ausdrückt (bewertete DRGs). Durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert (Eurobetrag, der den Erlös für einen Fall mit der Bewertungsrelation 1,0 ausdrückt), wird der Erlös ermittelt. Der Basisfallwert ist seit 2009 auf der Ebene eines Bundeslandes einheitlich für die Krankenhäuser anzuwenden, davor wurde er krankenhausesindividuell vereinbart.

Ein Teil der DRGs kann mit diesem Verfahren nicht bewertet werden. Für diese DRGs (unbewertete DRGs) müssen Erlöse zwischen Krankenhaus und Kostenträgern individuell vereinbart werden.

Eine neue G-DRG-Version unterscheidet sich von ihrer Vorgängerversion in vielerlei Hinsicht. Außer den klassifikatorischen und methodischen Anpassungen, die zu einer Abbildung von identisch dokumentierten Fällen in anderen DRGs in der neuen Version im Vergleich zur Vorjahresversion führen (sogenannte Migrationen),

verändern sich in besonderem Maße auch die Kennzahlen (Bewertungsrelation, mittlere Verweildauer, Grenzverweildauern) des neuen Fallpauschalenkatalogs für bereits existierende und inhaltlich unveränderter DRG-Fallgruppen. Neben einer Vielzahl von Gründen, die zu einer Migration oder veränderten Bewertungen von DRGs führen können, spielen auch Änderungen der Kalkulationsmethodik, der Datenqualität, der Stichprobe und Veränderungen in der medizinischen Leistungserbringung selbst eine herausragende Rolle. Nachdem die DRG-Finanzierung als solche bereits einen Anreiz zur veränderten Leistungserbringung bzw. für Kostenträger auch Leistungsüberprüfung setzt (Verweildauerverkürzung, Leistungsverdichtung, Ausgrenzung ambulanten Potenzials), spiegelt eine neue G-DRG-Version stets auch die Veränderungen in der Leistungserbringung zwischen zwei Datenjahren wider.

Trotz der im internationalen Vergleich einmalig hohen Kalkulationsfrequenz hinkt das G-DRG-System damit in der Abbildung der Leistungserbringung der Realität stets zwei Jahre hinterher. Zusätzlich zu den bereits genannten Faktoren spielten Lerneffekte bei der Kodierung und Dokumentation bei Einführung des G-DRG-System eine Rolle. Inzwischen haben Lerneffekte allenfalls noch bei seltenen neu eingeführten und kodiersensiblen Attributen einen Einfluss auf die Struktur und Bewertungen einer neuen G-DRG-Version.

Seit dem DRG-Katalogwechsel 2005/06 wird bei der jährlichen Kalkulation im InEK darauf geachtet, dass der Casemix, der durch die Gruppierung der gesamtdeutschen Daten nach § 21 KHEntgG (ohne unbewertete oder teilstationäre DRGs) aus dem Datenjahr der Kalkulation in dem aktuellen und zukünftigen G-DRG-Versionen konstant bleibt [2]. So resultiert beispielsweise aus den gesamtdeutschen Behandlungsfällen aus dem Jahr 2008 in der G-DRG-Version 2009 und in der G-DRG-Version 2010 nahezu der gleiche Casemix.

### **2.1.2 Definition des Katalogeffekts**

Ein hinsichtlich der Kodierung und weiterer administrativer Daten (Verweildauer, Alter, Beatmungszeiten, Aufnahmegewicht, Aufnahmeanlass, Entlassungsgrund) identischer Fall wird in unterschiedlichen G-DRG-Versionen in der Regel eine

unterschiedliche Bewertung im Sinne einer effektiven Bewertungsrelation bzw. Casemix-Punkte erhalten.

**Die veränderte Bewertung identischer Fälle in unterschiedlichen G-DRG-Versionen wird als Katalogeffekt bezeichnet.**

Der Katalogeffekt kann auf der Ebene einzelner Fälle, für Fallkollektive, für DRGs, für Fachabteilungen, für Krankenhäuser, für Bundesländer und für die Bundesrepublik Deutschland ermittelt werden. Die Höhe des Katalogeffekts ist stets abhängig von dem zugrundeliegenden Kollektiv, für das er ermittelt wird.

Der Katalogeffekt ist eine statische Größe, die auf Grundlage historischer Daten erhoben wird. Durch eine veränderte Leistungserbringung (z.B. Verweildauer-Veränderungen) oder ein verändertes Abrechnungsprüfverhalten der Kostenträger müssen die auf Basis der Altdaten gemessenen Katalogeffekte für vergleichbare Leistungen nicht zwingend im Anwendungsjahr der neuen G-DRG-Version zur Geltung kommen.

### **2.1.3 Messung des Katalogeffekts**

Zur Ermittlung des Katalogeffektes werden identische Behandlungsfälle jeweils mit der DRG-Gruppierungssoftware (Grouper) der beiden zu vergleichenden DRG-Versionen gruppiert. Die resultierende Differenz im Casemix (Summe der DRG-Bewertungen) stellt den Katalogeffekt dar.

Die der Kodierung zugrundeliegenden Klassifikationssysteme für Diagnosen (ICD-10-GM) und Prozeduren (OPS) werden ebenso wie das G-DRG-System selbst jährlich weiterentwickelt. Neue Codes werden eingeführt und alte Codes gestrichen bzw. inhaltlich geändert und angepasst. Da neben der Nutzung zur Echtabrechnung, die Gruppierung auch zur Leistungsplanung und Verhandlung auf Krankenhaus- und Landesebene benötigt wird, existieren neben dem Grouper zur Echtabrechnung auch zwei so genannte Übergangsgrouper. Diese können Datensätze aus den beiden Vorjahren der zu betrachtenden DRG-Version in die entsprechende neue DRG-Version gruppieren, da sie die ICD-Diagnosecodes und die OPS-Prozedurencodes der jeweiligen Vorjahre „verstehen“. In der Kennzeichnung dieser Übergangsgrouper gibt die Jahreszahl vor dem Querstrich („/“), die Version der verwendeten Klassifi-

kationssysteme für Diagnosen und Prozeduren (d.h. das Datenjahr) und die Jahreszahl nach dem Querstrich die verwendete DRG-Version an. Für das G-DRG-System existieren die in Tabelle 1 aufgeführten Grouperversionen.

Die Ermittlung von Katalogeffekten über Intervalle von mehr als zwei Jahren, d.h. auf Basis von Daten aus Jahren, die mehr als zwei Jahre vor der gewünschten DRG-Version liegen, ist nur nach vorheriger Umkodierung der Vorjahresfälle auf eine neuere ICD/OPS-Version (Mapping) möglich.

Daten-jahr	DRG-Version							
	1.0 (03)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2003	1.0 (2003)	2003/2004	2003/2005	-	-	-	-	-
2004	-	2004	2004/2005	2004/2006	-	-	-	-
2005	-	-	2005	2005/2006	2005/2007	-	-	-
2006	-	-	-	2006	2006/2007	2006/2008	-	-
2007	-	-	-	-	2007	2007/2008	2007/2009	-
2008	-	-	-	-	-	2008	2008/2009	2008/2010
2009	-	-	-	-	-	-	2009	2009/2010
2010	-	-	-	-	-	-	-	2010

**Tabelle 1**            **Existierende G-DRG-Grouperversionen**

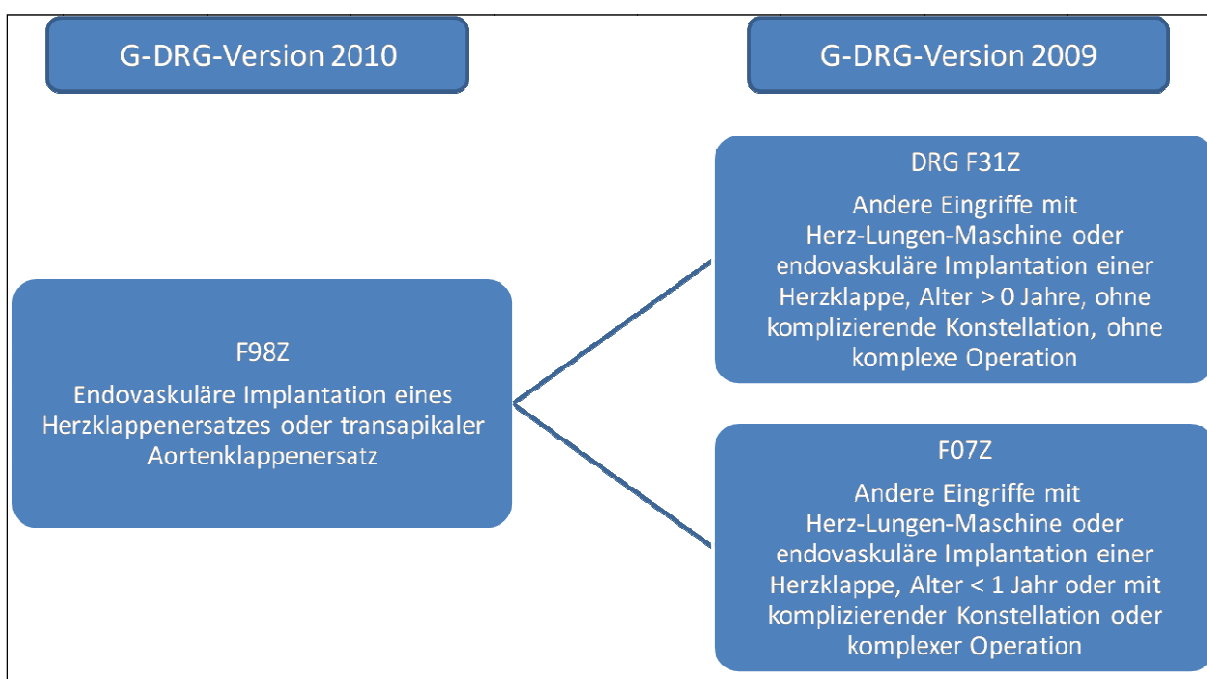
Neue DRG-Versionen nutzen häufig auch neue gruppierungsrelevante Attribute bei der DRG-Zuordnung, die mit den Klassifikationssystemen für Diagnosen und Prozeduren (ICD-10-GM und OPS) in den Vorjahren noch nicht dokumentierbar waren. Es ist daher - auch bei Mapping der alten ICD- und OPS-Kodes auf neuere Versionen der Klassifikationssysteme und damit der prinzipiellen Anwendbarkeit der zur Verfügung stehenden Übergangsgrouper - nicht sinnvoll, für längere Zeitreihenvergleiche Daten für die Gruppierung in ein G-DRG-System zu verwenden, die in Jahren erhoben wurden, die der zu vergleichenden G-DRG-Version mehr als zwei Jahre vorausgehen.

## **2.1.4 Einflüsse auf den Katalogeffekt**

### **2.1.4.1 Fallmigrationen zwischen einzelnen DRGs**

Wird ein identisch dokumentierter Fall (Kodierung und administrative Daten) in zwei unterschiedlichen DRG-Versionen zwei unterschiedlichen DRGs zugeordnet, spricht

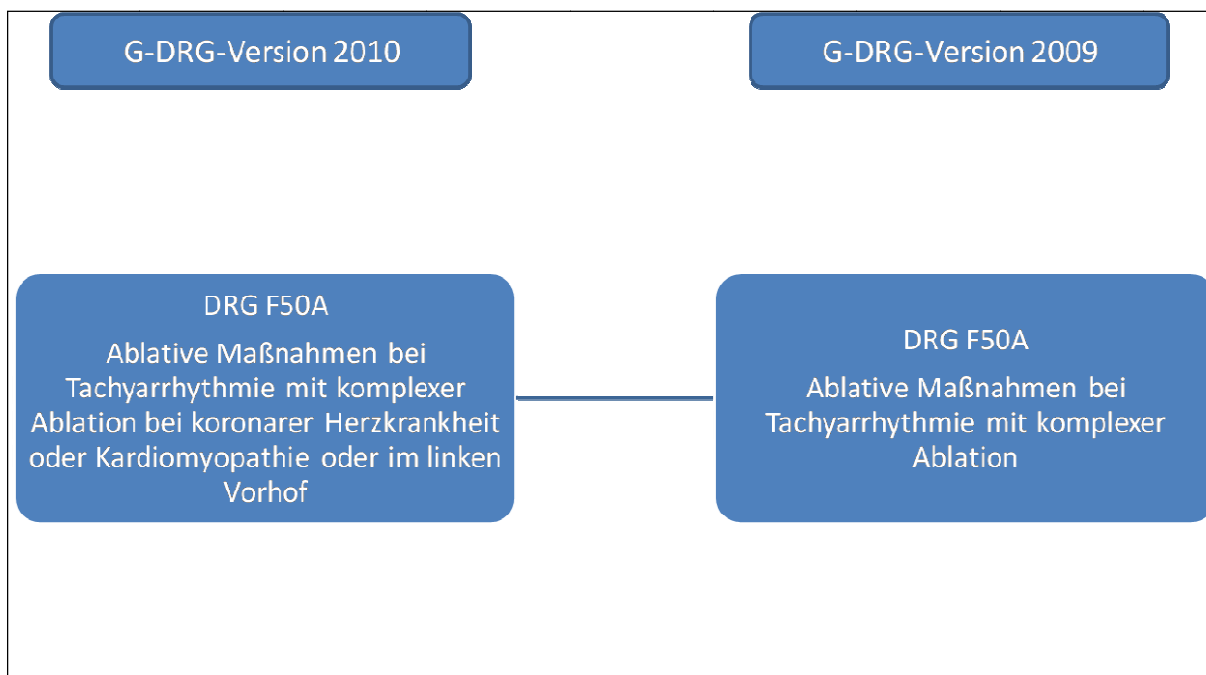
man von einer Migration. Es ist höchst wahrscheinlich, dass sich beide DRGs in ihren Katalogwerten (z.B. Bewertungsrelationen) unterscheiden und der identisch dokumentierte Fall in beiden DRG-Versionen eine unterschiedliche DRG-Bewertung erhält. Damit tritt ein Katalogeffekt auf. Abbildung 1 zeigt die Migration für Behandlungsfälle mit endovaskulärer Implantation einer Herzklappe zwischen den G-DRG-Versionen 2009 und 2010. Während die Behandlungsfälle 2009 den G-DRGs F31Z und F07Z zugeordnet wurden, werden sie in der Version 2010 in der G-DRG F98Z zusammengefasst.



**Abbildung 1** Beispiel für eine Migration von Fällen zwischen zwei G-DRG-Versionen

#### 2.1.4.2 Veränderte Bewertung einer DRG

Trotz gleichbleibender DRG-Ziffern kann sich die Definition einer DRG ändern (Abbildung 2).



**Abbildung 2** Gleiche DRG-Ziffer trotz anderer DRG-Definition in unterschiedlichen G-DRG-Versionen am Beispiel der DRG F50A

Ebenso kann eine Veränderung im DRG-Abfragealgorithmus bzw. der Hierarchie, in der Fälle mit DRG-Definitionen abgeglichen und einer passenden DRG zugeordnet werden, dazu führen, dass sich das hinter der nominell gleichen DRG stehende medizinische Kollektiv zwischen zwei DRG-Versionen verändert. Diese methodischen Effekte haben neben dem Einfluss der Kalkulationsdaten selbst (Qualität, Stichprobe) und Veränderungen der Leistungserbringung (unterschiedliche Verweildauern und Kosten) einen entscheidenden Einfluss auf welchem Fallmix und damit auch auf welcher Kostenverteilung die Kennzahlen der DRGs der neuen DRG-Version berechnet werden. Damit resultiert nahezu regelhaft ein Katalogeffekt trotz identischem DRG-Gruppierungsergebnis.

### 2.1.4.3 Veränderte Verweildauermittelwerte und Grenzverweildauern

Neben einer veränderten DRG-Zuordnung und DRG-Bewertung können auch veränderte Verweildauermittelwerte bei der Neukalkulation des DRG-Systems zu einer veränderten Bewertung identischer Fälle/Fallkollektive in einer neuen DRG-Version beitragen. Dabei ist anzumerken, dass für jede DRG eine untere und obere



Grenzverweildauer definiert ist. Ausnahmen stellen lediglich DRGs dar, die aufgrund ihrer Definition grundsätzlich keine Kurzlieger- oder Langliegerfälle haben können (z.B. explizite Einbelegungstag-DRGs).

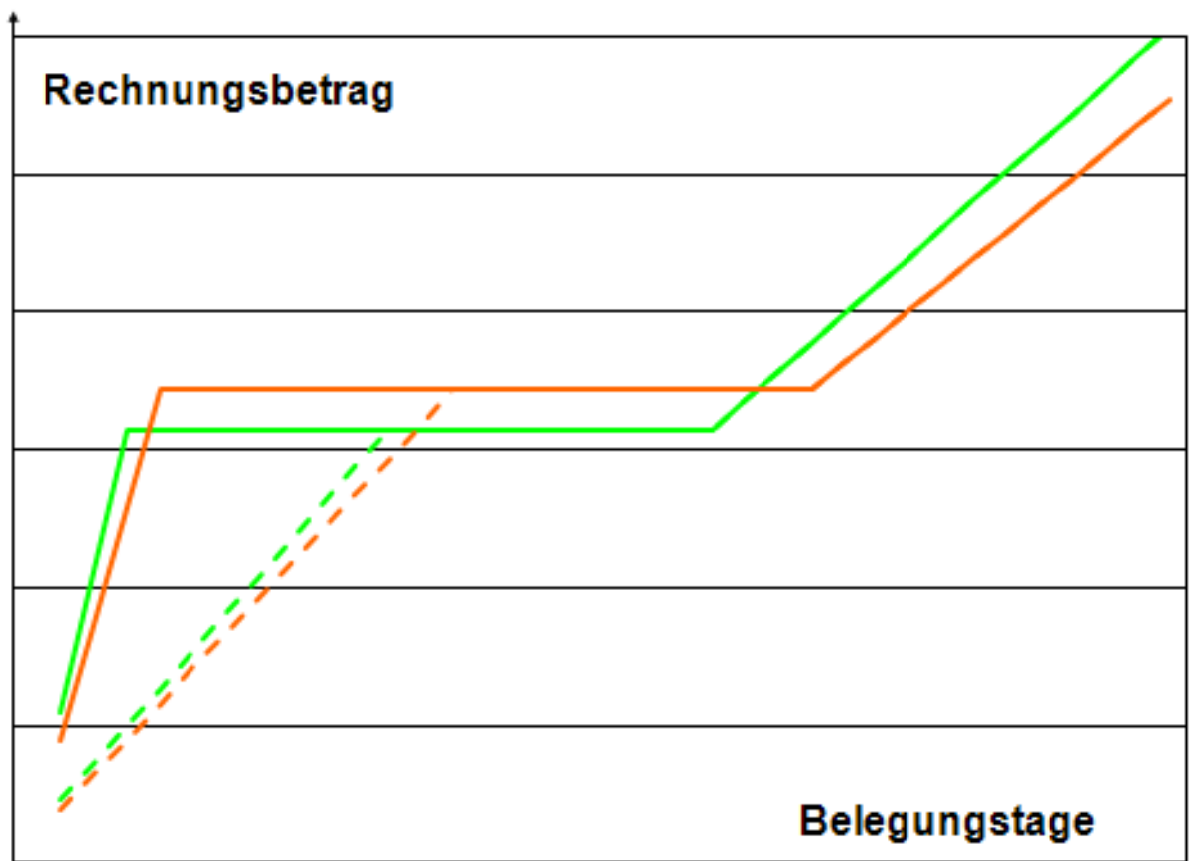
Wird die untere Grenzverweildauer einer DRG unterschritten, erfolgt eine Reduktion der für den Standardfall kalkulierten Bewertungsrelation [4] unter Berücksichtigung der Unterschreitungstage. Wird ein Patient über die obere Grenzverweildauer hinaus im Krankenhaus behandelt, erfolgt eine Aufwertung der für den Standardfall kalkulierten Bewertungsrelation unter Berücksichtigung der Überschreitungstage. Es resultiert jeweils die fallindividuelle effektive Bewertungsrelation, die Grundlage für die Erlösermittlung ist.

Die Grenzverweildauern werden normativ aus den mittleren Verweildauern der DRGs abgeleitet [2]. Verändert sich die mittlere Verweildauer einer DRG in einer neuen DRG-Version beispielsweise als Folge einer Verweildauerverkürzung bei den der Kalkulation zugrunde liegenden Fällen, können sich auch die Grenzverweildauern verschieben. So kann zum Beispiel ein Fall, dessen Verweildauer in der alten DRG-Version zwischen den beiden Grenzverweildauern lag, durch eine Veränderung dieser Grenzverweildauern in der neuen DRG-Version außerhalb dieser Grenzverweildauern liegen. Aus einem so genannten Standardfall (Inlier) wird ein Outlier (Kurzlieger, Langlieger, verlegter Fall) oder umgekehrt. Somit kann für einen Fall der identischen DRG, selbst bei der unwahrscheinlichen Annahme einer identischen Bewertungsrelation im DRG-Fallpauschalenkatalog beider DRG-Versionen, trotzdem eine andere effektive Bewertungsrelation und damit ein Katalogeffekt resultieren.

Dabei ist zu beachten, dass für die Outlier nicht selten gegenläufige Katalogeffekte im Vergleich zu den Inliern auftreten (Abbildung 3) [11]. Aufgrund der normativen Ermittlung der Grenzverweildauern, führt eine abnehmende mittlere Verweildauer im Kalkulationskollektiv nicht selten zu einer höheren Vergütung für Outlier. Umgekehrte Effekte sind durch die Ausgrenzung von ambulantem Potenzial (Kurzlieger) denkbar. Die Ausgrenzung ambulanten Potenzials führt in der Regel zu einer höheren mittleren Verweildauer im verbleibenden nun komplexeren Kalkulationskollektiv, wodurch auch die Grenzverweildauern in der neuen G-DRG-Version steigen können.

Krankenhäuser, die trotz Ausgrenzung von ambulantem Potenzial weiterhin einen hohen Kurzliegeranteil aufweisen (z.B. Notfallaufnahmen, Spezialdiagnostik), werden daher nicht zwangsläufig am positiven Katalogeffekt für die Inlier partizipieren, sondern möglicherweise sogar trotz verbleibender teurerer Kurzliegerfälle für dieses Subkollektiv einen negativen Katalogeffekt erfahren. Betroffen sind hiervon insbesondere DRGs mit hohem Kurzliegeranteil, für die trotz „Aufwertung“ der Bewertungsrelation für Inlier durch die normative Kalkulation der unteren Grenzverweildauer und Abschläge, in der Summe negative Katalogeffekte resultieren können.

Das InEK hat in den vergangenen Jahren versucht, Bewertungseffekte für Kurzlieger durch die Etablierung von so genannten impliziten Einbelegungstag-DRGs zu verringern [2]. Bei diesen G-DRGs wird der Abschlag für Fälle mit der Verweildauer von einem Belegungstag nicht normativ aus den Inlierfällen ermittelt, sondern sachgerecht einzig aus dem Mittelwert der Kosten für alle Fälle mit der Verweildauer von einem Belegungstag. Implizite Einbelegungstag-DRGs können aber nur dann eingeführt werden, wenn die ermittelte untere Grenzverweildauer genau zwei Belegungstage beträgt. Immerhin sind in der G-DRG-Version 2010 295 der 1.154 bewerteten DRGs, also ein Viertel aller G-DRGs bereits so genannte implizite Einbelegungstag-DRGs.



**Abbildung 3** Fiktive Vergütungsprofile einer DRG in zwei unterschiedlichen DRG-Versionen. Die gestrichelte Kurve gibt das abweichende Vergütungsprofil für verlegte Fälle an.

Die geringere mittlere Verweildauer der grünen Kurve geht aufgrund der normativen Ermittlung der Grenzverweildauern mit einer kürzeren Plateauphase (Pauschalierung) einher. Während für Inlier bei geringerer mittlerer Verweildauer auch mit einem negativen Katalogeffekt gerechnet werden kann, erzielen Outlier paradoxerweise häufig positive Katalogeffekte.

#### 2.1.4.4 Verlegungsfallpauschalen

In der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) [4] zum G-DRG-System wird vorgegeben, dass bei Verlegung von Patienten aus einem Krankenhaus z.B. in ein anderes Akutkrankenhaus Verlegungsabschläge vorzunehmen sind, sofern die mittlere Verweildauer der in Abrechnung kommenden DRGs (jedes Krankenhaus rechnet eine eigene DRG ab) unterschritten wird. Bestimmte DRGs sind von dieser Verlegungsabschlagsregelung ausgenommen. Diese DRGs sind in Spalte 12 (DRG-

Katalog für Hauptabteilungen) bzw. 14 (DRG-Katalog für Belegabteilungen) des Fallpauschalenkatalogs gekennzeichnet. Bei der Neukalkulation des G-DRG-Systems können DRGs diese Kennzeichnung neu erhalten oder verlieren. Entsprechend kann, wie unter Kapitel 2.1.4.3 beschrieben, ein Fall in der einen DRG-Version als Inlier und in der anderen DRG-Version als Outlier (verlegter Fall) gelten und entsprechend ein Abschlag fällig werden, der zu einem Katalogeffekt beiträgt.

#### **2.1.4.5 Fallzusammenlegungen**

In § 2 Abs. 1 bis 3 FPV [4] werden die Regelungen definiert, nach denen zwei stationäre Behandlungsaufenthalte eines Patienten (2 DRG-Fälle) bei Wiederaufnahmen in das gleiche Krankenhaus zu einer einzigen DRG zusammengefasst werden müssen. Liegt eine Wiederaufnahme vor, darf für die beiden Aufenthalte nur eine einzige DRG abgerechnet werden. In der Regel verringert sich dadurch die resultierende effektive Bewertungsrelation. Da jedoch auch die Kodierung beider Fälle zusammengefasst und die Verweildauer addiert werden muss, können auch eine gänzlich andere DRG bzw. Zu- oder niedrigere Abschläge resultieren. Die Fallzusammenführungsregeln nach § 2 Abs. 1 bis 3 FPV orientieren sich dabei an Kennzahlen des DRG-Fallpauschalenkatalogs, die jährlich neu ermittelt werden (obere Grenzverweildauer, Basis-DRG, Partition). Ob zwei DRG-Fälle daher zusammengeführt werden müssen, ist auch von der jeweiligen DRG-Version abhängig, kann sich also von Version zu Version ändern. Entsprechend kann aus aufgrund einer neuen DRG-Version (nicht) vorzunehmenden Fallzusammenführungen ein Katalogeffekt resultieren. Solche Katalogeffekte traten aufgrund bedeutender Systemänderungen insbesondere zwischen den G-DRG-Versionen 2004/2005 und 2005/2006 auf. Sie kommen in den neueren G-DRG-Versionen als Folge der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems nur noch in geringem Ausmaß vor.

Während vermehrt notwendige Fallzusammenführungen durch Nutzung des Übergangsgroupers und nachträglicher Analyse erkannt und in Grenzen simuliert werden können, sind einmal zusammengefasste Fälle nachträglich bei der DRG-Kalkulation nicht einfach wieder trennbar, da nur die zusammengeführten Daten vorliegen. Deshalb entsteht bei der Bewertung des Katalogeffektes und der Normierung einer neuen DRG-Version in Bezug auf die Fallzusammenführungen

methodisch bedingt immer eine Unschärfe. Es werden jedoch in der Regel nur wenige Fälle von derartigen Veränderungen betroffen sein, so dass nennenswerte Auswirkungen auf den Katalogeffekt und die Normierung der Bewertungsrelationen nicht zu erwarten sind.

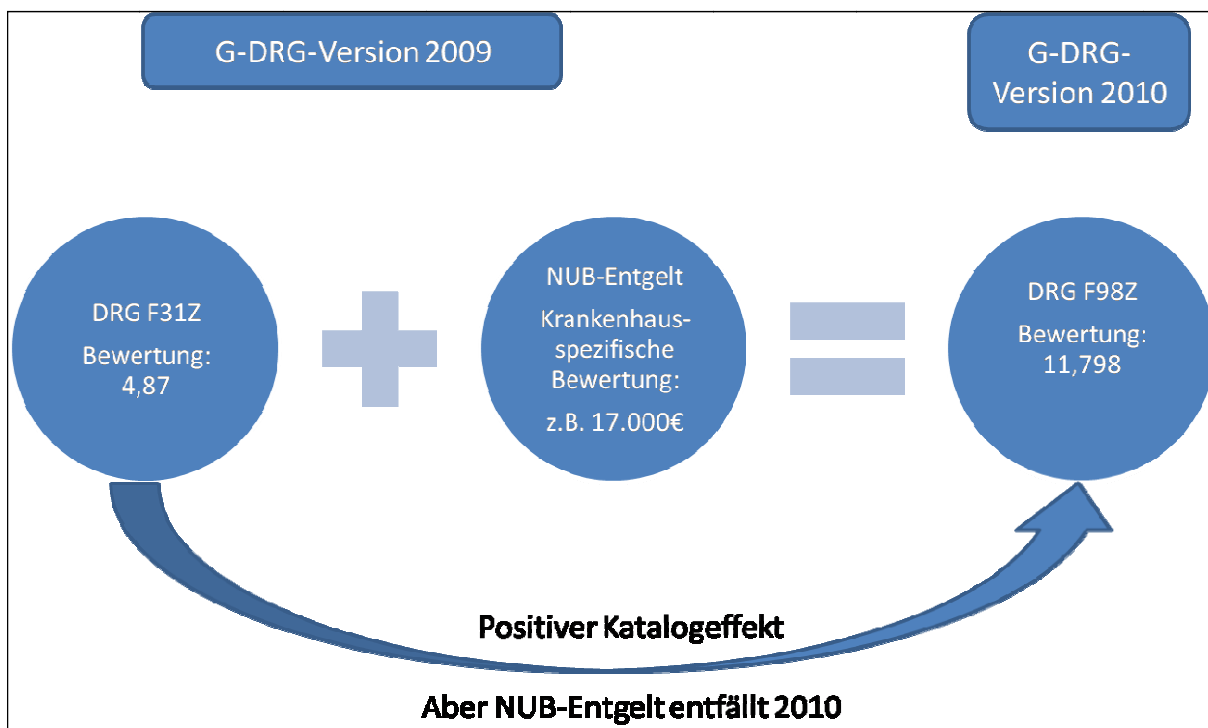
Analog zu den Ausnahmen von der Verlegungsabschlagsregelung (s. Kapitel 2.1.4.4) existieren auch Ausnahmen von den Fallzusammenführungsregelungen bei der Wiederaufnahme nach § 2 Abs. 1 und 2 FPV. Von der Ausnahme betroffene DRGs sind in den Spalten 13 (DRG-Katalog für Hauptabteilungen) bzw. 15 (DRG-Katalog für Belegabteilungen) des Fallpauschalenkatalogs gekennzeichnet. Auch hier können DRGs bei der Neukalkulation des G-DRG-Systems diese Kennzeichnung neu erhalten oder verlieren und daraus Katalogeffekte entstehen.

#### **2.1.4.6 Leistungsverschiebungen zwischen den unterschiedlichen Anlagen des Fallpauschalenkatalogs und anderen Vergütungselementen**

Bei der Berechnung des Katalogeffekts relevant - aber bei der Bewertung gesondert zu betrachten - sind Verschiebungen zwischen unbewerteten und bewerteten DRG-Leistungen, sowie die Integration oder Ausgrenzung von Leistungen in/aus den/dem bewerteten DRG-Bereich, die in einer der beiden betrachteten DRG-Versionen über Zusatzentgelte (§ 17b KHG, § 6 Abs. 1 KHEntgG) oder andere besondere Vergütungsalternativen (NUB nach § 6 Abs. 2, Entgelte nach § 6 Abs. 2a KHEntgG, Besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. Satz 15/VBE) abgerechnet werden.

Wird zum Beispiel eine im Vorjahr unbewertete G-DRG im neuen G-DRG-Katalog mit einer bundesweit gültigen Bewertungsrelation belegt, so kommt es bei Nutzung des Übergangsgroupers zu einem z.T. deutlichen Anstieg des Casemix. Dieser ist jedoch artifiziell, da zusätzliche Fälle in die Gruppe der bewerteten Fälle integriert wurden. Bei der Normierung einer neuen G-DRG-Version versucht das InEK diese Effekte zu berücksichtigen. Bei der Messung des Katalogeffekts eines individuellen Krankenhauses muss dieser Anteil des Katalogeffekts jedoch gesondert berücksichtigt werden, da entsprechende Effekte jährlich beim Katalogwechsel vorkommen können. Besonders hervorzuheben sind aber aufgrund der quantitativen Auswirkungen die Einführungen der Zusatzentgelte in den Jahren 2004 und 2005 (z.B. Dialysen und

Medikamente) und die Teilauflösung einer unspezifischen und unbewerteten DRG mit der Kennziffer B61Z für die DRG-Version 2008 [2]. In der G-DRG-Version 2010 kommt es zu bedeutenden Katalogeffekten durch die Integration der im Vorjahr über DRG-unabhängige NUB-Innovationsentgelte (Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 6 Abs. 2 KHEntgG) abgerechnete Leistungen für die endovaskuläre und transapikale Implantation von Herzklappen. Dabei ist zu beachten, dass trotz des hohen Katalogeffektes beim Umstieg auf die G-DRG-Version 2010 das Krankenhaus nicht zwangsläufig für die Leistung einen höheren Gesamterlös erzielen muss. Abhängig von der Bewertung des NUB-Entgeltes, das nur 2009 zur Abrechnung kommen konnte, können möglicherweise auch niedrigere Gesamterlöse resultieren (Abbildung 4).



**Abbildung 4** Beispiel für einen gemessenen Katalogeffekt bei Leistungen, die in einer G-DRG-Vorversion (teilweise) über andere Entgeltformen abgebildet wurden

## **2.2 Was ist nicht unter einem Katalogeffekt zu verstehen?**

### **2.2.1 Veränderungen des Basisfallwerts**

Auch wenn sich Bewertungsrelationen oder Casemix-Summen zwischen zwei DRG-Versionen nicht unterscheiden und demnach kein Katalogeffekt auftritt, darf daraus nicht geschlossen, dass sich die resultierenden Rechnungsbeträge dadurch im Anwendungsjahr nicht ändern. Das G-DRG-System fungiert primär als Umverteilungsinstrument. Entsprechend weist es durch die Bewertungsrelationen (Relativgewichte) lediglich Aufwands- bzw. Kostenunterschiede und nicht absolute Kosten- bzw. Erlössummen aus. Die „Bepreisung“ findet über die Multiplikation der effektiven Bewertungsrelation mit dem (Landes-)Basisfallwert in Euro statt. Dieser ist eine Größe, die sich neben klaren rechtlichen Vorgaben (z.B. Veränderungsrate für globale Kostenentwicklungen) auch im Rahmen des Verhandlungsgeschehens zwischen Krankenhaus und Verhandlungskommission der Kostenträger auf der lokalen Ebene (bis 2008) und den Selbstverwaltungspartnern auf Landesebene (Landesbasisfallwert) ergibt. So würden z.B. Verlagerungseffekte durch die ambulante Erbringung von Leistungen, die vormals stationär erbracht wurden, auf Landesebene bei den Verhandlungen des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden müssen. Im Hinblick auf die Normierung der Bewertungsrelationen im G-DRG-System haben Verlagerungseffekte keinen Einfluss (s. auch unten unter Bezugsgröße).

### **2.2.2 Bezugsgrößeneffekt**

Da das InEK mit historischen Kostendaten einer Stichprobe arbeitet und die eigentliche Bepreisung der vom Krankenhaus erbrachten Leistung erst über den Basisfallwert erfolgt, bedarf es einer Rechengröße, um von den mittleren Kosten einer DRG zu einer Bewertungsrelation (Relativgewicht) zu gelangen. Dieser InEK-interne Verrechnungswert wird Bezugsgröße genannt. Über die Höhe der Bezugsgröße erfolgt die Normierung der Bewertungsrelationen einer G-DRG-Version [2].

Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Methodik der Normierung der Bewertungsrelationen einer G-DRG-Version mit dem DRG-Versionswechsel 2005/2006 grundlegend geändert wurde. Zunächst wurde die Bezugsgröße so gewählt, dass die

mittlere Bewertungsrelation der Inlier in den gesamtdeutschen Daten nach § 21 KHEntgG genau 1,000 betrug.

Der Effekt durch diese Form der Normierung führte zu einem systematischen und einheitlichen Einfluss auf alle Bewertungsrelationen. Man spricht in diesem Zusammenhang von dem Bezugsgrößeneffekt. Es handelt sich um einen methodischen und rein kalkulatorischen Effekt, der keinen Bezug zu einer Weiterentwicklung der DRG-Klassifikation hatte.

Diese Form der Normierung führte bei der jährlichen Katalogüberarbeitung neben den erwünschten Katalogeffekten leider auch zu unerwünschten Liquiditätseffekten. Wenn die Bezugsgröße zu einer gerichteten Abwertung aller DRG-Bewertungsrelation führte, resultierte bei Weiterberechnung des bis zum Abschluss eines neuen Basisfallwertes zunächst unveränderten Basisfallwertes eine geringere Erlössumme. Diese wurde zwar nach Abschluss der Verhandlungen der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte ausgeglichen, führte zunächst jedoch zu Liquiditätswirkungen.

So lag die Bezugsgröße für die Berechnung der DRG-Bewertungsrelationen 2005 um 5,085626 % höher als 2004 [2]. Die Bewertungsrelationen beider DRG-Versionen verhalten sich dadurch umgekehrt proportional. Dies bedeutet, dass DRG-Gruppierungsergebnisse aus der DRG-Version 2005 zum Vergleich mit DRG-Gruppierungsergebnissen aus der DRG-Version 2004 im Mittel um 5,085626 % erhöht waren. Anders herum bedeutet das aber auch, dass DRG-Bewertungsergebnisse aus dem Jahr 2004 zum Vergleich mit DRG-Bewertungsergebnissen aus dem Jahr 2005 um 4,839507 % reduziert werden müssen, um beide Ergebnisse auf eine vergleichbare Skalierung zu normieren. Der Bezugsgrößeneffekt ist bei Auswertungen zunächst nicht vom Katalogeffekt zu unterscheiden. Da die Werte jedoch für den G-DRG-Versionswechsel bekannt sind, kann der gemessene Katalogeffekt einfach um den Bezugsgrößeneffekt rechnerisch bereinigt werden.

Zur Minimierung nationaler Liquiditätseffekte wurde für den G-DRG-Versionswechsel 2005/2006 diese Form der Normierung verlassen. Seitdem erfolgt die Normierung (Ermittlung der Bezugsgröße) so, dass der nationale Casemix in Summe konstant gehalten wird. Der Gesamt-Casemix aller deutschen Krankenhäuser aus dem Kalkulationsjahr entspricht in der neuen G-DRG-Version weitestgehend exakt dem



Casemix der G-DRG-Version des Vorjahres. Ein Katalogeffekt bzw. Bezugsgrößeneffekt tritt dadurch auf nationaler Ebene nicht mehr auf.

### **2.2.3 Kodiereffekte**

Kodierbedingte Veränderungen des Casemix-Index (CMI) stellen sich im Gegensatz zum einmaligen „technischen“ Katalogeffekt erst nach dem Übergang auf eine neue G-DRG-Version ein. Sie können dazu führen, dass retrospektiv betrachtet trotz unveränderter Leistungserbringung ein anderes Erlösvolumen (Casemix) erzielt wird. Werden, anders als in Kapitel 2.1.3 beschrieben, nicht die Leistungsdaten aus einem Jahr unter der Verwendung unterschiedlicher Grouper, sondern Leistungsdaten aus zwei unterschiedlichen Jahren verglichen, so können Kodiereffekte, Leistungsstrukturveränderungen und Katalogeffekt nicht auseinander gehalten werden.

#### **2.2.3.1 Rightcoding**

Unter Rightcoding wird die meist gezielte (intendierte), durch die Klassifikationssysteme, Kodierrichtlinien und Abrechnungsregeln gedeckte und erwünschte korrekte Dokumentation, vormals fehl-, meist erlöstechnisch unterdokumentierter Fallkonstellationen verstanden [14]. Rightcoding ist ein kontinuierlicher Prozess, der insbesondere durch Lernprozesse während der Einführung der DRG-Abrechnung auftritt. Ändern sich jedoch Kodierrichtlinien oder werden neu gruppierungsrelevante Attribute (z.B. neue OPS-Kodes) eingeführt, so können erneut relevante Rightcoding-Effekte auftreten. Rightcoding-Effekte sind streng von Katalogeffekten zu unterscheiden. Dennoch kann angenommen werden, dass wenn bereits im Vorjahr vollständig korrekt kodiert worden wäre und somit die Datengrundlage zur Messung des Katalogeffekts eine andere gewesen wäre, auch ein anderer Katalogeffekt resultiert hätte. Dieser Einfluss der Kodierung auf den Katalogeffekt konnte insbesondere bei der Vereinbarung von Mehrleistungen im Rahmen der Entgeltverhandlungen eine Rolle spielen.

### **2.2.3.2 Neu gruppierungsrelevante Attribute**

In der Regel erfolgt die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems streng datengetrieben anhand der Kalkulations- und Leistungsdaten wie in Kapitel 2.1.1 beschrieben. Aufgrund der dadurch entstehenden zweijährigen „Kalkulationslücke“ wird jedoch gelegentlich unter Zuhilfenahme von sogenannten „ergänzenden Datenlieferungen“ die Kalkulationslücke verkürzt. Dabei kann es dazu kommen, dass ein neues Attribut (z.B. ICD- oder OPS-Kode) in dem Jahr, in dem es zum ersten Mal gruppierungsrelevant wird (oder im Vorjahr) auch erstmalig kodierbar wird/wurde. Entsprechend können diese Attribute in den von den Übergangsgroupen verwendeten Altdaten nicht enthalten sein und bei der Messung des Katalogeffektes nicht ohne weiteres berücksichtigt werden.

Im Gegensatz zum Rightcoding sind die dadurch entstehenden Casemix-Veränderungen (auch wenn bei der Kodierung von neu gruppierungsrelevanten Attributen auch von Rightcoding-Effekten auszugehen ist) nicht lernbedingt, sondern durch den Katalogwechsel, also technisch bedingt. Unter systematischen Gesichtspunkten müssten sie eigentlich dem Katalogeffekt zugerechnet werden. Methodisch gesehen ist dies allerdings nur unter erheblichen Aufwand bei der Berechnung des Katalogeffektes möglich (vollständige Nachkodierung des neuen Attributs und Überleitung der gesamten Dokumentation des/der Vorjahre auf die neuen Klassifikationssysteme). Da entsprechende Effekte bei den Entgeltverhandlungen auf Krankenhausebene und den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert eine Rolle spielen können, veröffentlicht das InEK jährlich Hinweise zu neuen oder veränderten Attributen, die bei der Nutzung der Übergangsgrouper keine (korrekte) Berücksichtigung erfahren. Bei der Normierung der Bewertungsrelationen des G-DRG-Systems versucht das InEK entsprechende Effekte durch neu oder verändert gruppierungsrelevante Attribute zu berücksichtigen.

### **2.2.4 Fallprüfungen der Kostenträger**

Seit Einführung des G-DRG-Systems haben sich die Fallprüfungen der Kostenträger erheblich verstärkt [15]. Standen anfangs in der Diskussion häufig Kodierfehler im Vordergrund, so erfolgen inzwischen überwiegend Prüfungen der Notwendigkeit erbrachter Leistungen (insbesondere Fehlbelegungsprüfungen). Die Prüfungen

werden häufig regelbasiert (z.B. an Grenzverweildauern orientiert) ausgelöst, so dass eine neue G-DRG-Version mit neuen Grenzverweildauern stets auch ein verändertes Prüfverhalten der Kostenträger auslöst. Die Fallprüfungen der Kostenträger wirken sich auf den Casemix analog (nur mit umgekehrten Vorzeichen) wie die Rightcoding-Effekte aus. Im Hinblick auf den Casemix-Index (CMI) sind die Effekte uneinheitlich, da primäre Fehlbelegungsprüfungen oder Fallzusammenlegungen zu einem höheren CMI der verbleibenden stationär abgerechneten Fälle führen können. Wie das Rightcoding haben die unterjährig stattfindenden Fallprüfungen der Kostenträger keinen direkten Einfluss auf die Messung des Katalogeffekts. Bei der prospektiven Abschätzung der in der Echtabrechnung tatsächlich realisierbaren Katalogeffektanteile, z.B. für Outlier (s. auch Kapitel 2.1.4.3) kann die Antizipation des veränderten Prüfverhaltens der Kostenträger jedoch eine Rolle spielen. Beispielsweise kann ein Katalogeffekt bei einem Fallkollektiv dadurch entstehen, dass bei Gruppierung in eine neue G-DRG-Version aus einem Inlier durch die Reduktion der oberen Grenzverweildauer für eine bestimmte G-DRG ein Langlieger wird. Damit wird neben der Standardbewertungsrelation auch ein Langliegerzuschlag berechnet. Dadurch entsteht ein Anreiz beim Kostenträger eine Fallprüfung zu veranlassen. Lässt sich die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer nicht begründen, z.B. bei unzureichender Dokumentation, kann der berechnete positive Katalogeffekt in der Echtabrechnung nicht vollständig realisiert werden.

### **2.2.5 Veränderungen der Leistungsstruktur**

Veränderungen in der Leistungsstruktur resultieren in veränderten Erlössummen (Casemix). Sie treten im Anwendungsjahr auf und sind selbstverständlich keine technischen Veränderungen, die sich durch die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems ergeben und stehen damit nicht in Zusammenhang mit dem Katalogeffekt.

Leistungsstrukturveränderungen betreffen häufig unterschiedliche Leistungsbereiche in unterschiedlichem Ausmaß. Während gewisse Leistungen seltener erbracht werden (z.B. durch Ausgrenzung ambulanten Potenzials) werden andere Leistungen häufiger erbracht (z.B. Beatmung von Patienten mit Schweinegrippe auf der Intensivstation). Da jeder einzelne Leistungsbereich einen anderen Katalogeffekt aufweist, kann bei der prospektiven Planung unter der Berücksichtigung der Leistungs-

strukturveränderungen ein anderer Katalogeffekt resultieren als bei der isolierten Betrachtung von Altdaten.

## **3 Weitere Einflussfaktoren auf Katalogeffekte und Casemix-Indices**

### **3.1 Belegärztliche Versorgung**

Für die belegärztliche Versorgung existiert im G-DRG-System ein eigener DRG-Katalog mit eigenständig berechneten oder abgeleiteten Bewertungsrelationen [2;4]. Die DRG-Definitionen in diesem Katalog sind identisch im Vergleich zum Katalog für Hauptabteilungen. Die ärztlichen Leistungen werden dabei unabhängig von der DRG-Abrechnung des Krankenhauses über die kassenärztlichen Vereinigungen vergütet. Für den verbleibenden Erlösbereich des Krankenhauses kann grundsätzlich ein Katalogeffekt für belegärztliche Leistungen berechnet werden.

Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 27.03.2009 (§ 121 Abs. 5 SGB V in Verbindung mit § 18 Abs. 3 KHEntgG) [18] wird Krankenhäusern mit Belegbetten das Recht eingeräumt, mit Belegärzten Honorarverträge abzuschließen. Anstatt der belegärztlichen Bewertungsrelationen können diese Krankenhäuser dann die Bewertungsrelationen für Hauptabteilungen mit einem Abschlag von 20 % abrechnen. Eine zusätzliche Abrechnung der ärztlichen Leistungen der Belegärzte mit den kassenärztlichen Vereinigungen ist dann nicht mehr möglich. Wie viele Krankenhäuser mit Belegbetten diese Neuregelung nutzen werden, ist uns nicht bekannt.

Diese Leistungsverlagerung aus dem ambulanten in den stationären Sektor geht mit einer veränderten Casemix-Summe und einem veränderten Case-Mix-Index einher. In der Regel wird durch die Abrechnung der Bewertungen des DRG-Kataloges für Hauptabteilungen anstatt der Bewertungen des Kataloges für Belegabteilungen ein höherer Casemix und Case-Mix-Index resultieren.

Bei der Verwendung der Grouper ist zu beachten, dass, wenn der § 21-Datensatz ohne Änderung übergeben wird, der Grouper aus der Kennzeichnung im Verlegungsdatensatz automatisch die Bewertungsrelation aus dem belegärztlichen Katalog ermittelt. Sinnvollerweise sollte zur Berechnung des Katalogeffekts daher für Abteilungen, die von der gesetzlichen Option Gebrauch machen, eine datentechnische Umwandlung in eine Hauptabteilung erfolgen. Allerdings ist der von Belegab-

teilungen mit Honorarärzten erzielte Casemix nicht vollständig mit dem Landesbasisfallwert zu bewerten, da ein Rechnungsabschlag von 20 % gewährt werden muss. Dies ist bei Auswertungen, die lediglich auf Casemix und Casemix-Index basieren, zu berücksichtigen.

Entsprechende Informationen sind für das InEK aus dem Feld „Entgeltart“ der Datei „Entgelte“ ableitbar und könnten zur Normierung der Bewertungsrelationen und Ermittlung der Bezugsgröße herangezogen werden.

Prinzipiell kann diese Gesetzesänderung Einflüsse auf die Kalkulation zukünftiger DRG-Fallpauschalenkataloge und damit zukünftiger Katalogeffekte haben.

### **3.2 Ausgliederung bzw. Wiedereingliederung Besonderer Einrichtungen**

Nach § 17b Abs. 1 Satz 15 in Verbindung mit der Vereinbarung zur Bestimmung Besonderer Einrichtungen (VBE, bis 2005 FPVBE [5;6]) können Krankenhäuser oder gewisse Teilbereiche eines Krankenhauses zeitlich befristet (jeweils für ein Jahr) als Besondere Einrichtungen von der G-DRG-Finanzierung ausgenommen werden. Besondere Einrichtungen haben abrechnungstechnisch den Status eines eigenständigen Krankenhauses. Krankenhausinterne Verlegungen und Rückverlegungen zwischen dem DRG-Bereich und Besonderen Einrichtungen gelten damit abrechnungstechnisch auch als (Rück-)Verlegungen.

Bei der Ausgliederung bzw. Wiedereingliederung von Besonderen Einrichtungen müssen zwangsläufig ehemals zusammenhängende Fälle geteilt bzw. getrennte Fälle wieder zusammengefasst werden, was einen Einfluss auf den Casemix und den Casemix-Index hat. Ebenso müssten alle Prozeduren, die Mengenangaben enthalten (z.B. intensivmedizinische Aufwandspunkte, Medikamente, Transfusionen, Plasmapheresen, etc.) oder verweildauerabhängig sind (z.B. Komplexbehandlungen) neu ermittelt und kodiert werden. Gleiches gilt für Beatmungszeiten und administrative Daten (Aufnahme- oder Entlassungsgründe). Alle diese Maßnahmen beeinflussen auch den Katalogeffekt.

Die Regelungen der VBE können sich jährlich ändern. Für gewisse Krankenhäuser besteht eine Wahlmöglichkeit die VBE zu nutzen oder im DRG-Bereich zu verbleiben bzw. wieder in diesen zurückzukehren. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass Ein- und Ausgliederungen von Besonderen Einrichtungen mit Fehleinschätzungen bezüglich des Katalogeffektes auf der Ebene des Krankenhauses aber auch auf der Ebene der gesamtdeutschen Daten einhergehen.

Aus- und Wiedereingliederungen ganzer Bereiche (z.B. Frührehabilitation) können einen Einfluss auf die Kalkulation zukünftiger DRG-Fallpauschalenkataloge und damit zukünftiger Katalogeffekte haben.

### **3.3 Einzelverträge**

Analog zu den Besonderen Einrichtungen können alle Formen der einzelvertraglichen Regelungen zu Verlagerungen aus dem DRG-Bereich mit entsprechenden Auswirkungen auf Casemix, Case-Mix-Index und Katalogeffekt führen. Derzeit sind die durch den Gesetzgeber vorgegebenen Möglichkeiten zu einzelvertraglichen Regelungen noch (z.B. integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V) begrenzt. Durch die gezielte Weiterentwicklung wettbewerbsfördernder Elemente könnte sich der Einfluss in dieser Legislaturperiode aber noch in relevantem Ausmaß erhöhen.

## 4 Katalogeffekte auf unterschiedlichen Ebenen

### 4.1 Katalogeffekte auf Bundesebene

Seit dem DRG-Katalogwechsel 2005/06 wird durch die Normierung der Bewertungsrelationen versucht sicherzustellen, dass auf Bundesebene durch den Katalogwechsel kein Katalogeffekt bzw. Bezugsgrößeneffekt mehr entsteht (s. auch Kapitel 2.2.2). Beim Katalogwechsel 2004/2005 war durch eine unterschiedliche Methodik der Normierung eine **systematische** und **einheitliche** Absenkung des Casemix auf Bundes-, Landes- und Krankenhausebene von -4,84 % (Bezugsgrößeneffekt) entstanden, die wie ein Katalogeffekt imponiert [2].

Casemix-Veränderungen, die sich allein aufgrund des Katalogwechsels ergeben, aber schwer berechenbar sind (Ein- und Ausgliederung von Zusatzentgelten, Veränderungen von [Einstiegs-]Dosisklassen bei Zusatzentgelten, Bewertung bislang unbewerteter Leistungen, Kodiereffekte) versucht das InEK zu antizipieren. Tabelle 2 zeigt die Casemix-Werte, die das InEK im Rahmen der Normierung der jeweiligen Katalogwechsel berücksichtigt hat, um die Katalogänderung auf nationaler Ebene, ohne Liquiditätseffekte durchzuführen [2].

DRG-Versionswechsel	Delta Casemix	% des Casemix nach Vorjahresversion
2005/2006	- 32.953	- 0,21 %
2006/2007	- 61.296	- 0,38 %
2007/2008	+ 3.666	+ 0,20 %
2008/2009	+ 3.948	+ 0,02 %
2009/2010	- 2.076	- 0,01 %

**Tabelle 2** Casemix-Korrektur für antizipierte Katalogänderungen

Da die Normierung auf Grundlage historischer Daten erfolgt, sind Leistungsveränderungen im Anwendungsjahr stets aber mit einem zusätzlichen Katalogeffekt verbunden, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass Leistungsveränderungen in allen Leistungssegmenten einheitlich und proportional erfolgen.



## 4.2 Katalogeffekte auf Landesebene

Es liegt in der Natur der Sache, dass bei einem insgesamt normierten System, die Katalogeffekte hinsichtlich ihrer Ausprägung steigen, je kleiner und spezieller das betrachtete Fallkollektiv wird. Während durch die Normierung des DRG-Systems der nationale Casemix der Daten aus dem Kalkulationsjahr in beiden vom InEK verglichenen G-DRG-Versionen nahezu konstant bleibt, treten in Bezug auf einzelne DRGs und Fallkollektive selbstverständlich differierende Casemix-Summen (Katalogeffekte) in den unterschiedlichen DRG-Versionen auf. Entsprechend können grundsätzlich auch auf der Ebene eines Bundeslandes Katalogeffekte auftreten. Nachdem die Katalogeffekte selbst auf Krankenhausebene aber in den letzten Jahren geringer ausfallen, sind auch keine großen Katalogeffekte mehr auf Landesebene zu erwarten. Öffentlich zugängliche Informationen liegen hierzu allerdings nicht vor.

In den ersten Jahren der G-DRG-Entwicklung kam es insbesondere zur sachgerechteren Abbildung der Maximal- und Spezialversorger. Bundesländer mit einem hohen Anteil dieser Versorgungsstufen (z.B. Stadtstaaten) konnten demnach mit einem positiven Katalogeffekt rechnen, während Bundesländer mit einem hohen Anteil an kleineren Krankenhäusern der Standard- oder Regionalversorgung eher negative Katalogeffekte beobachteten. Einzig für den DRG-Versionswechsel 2004/2005 wurde vom InEK eine Auflistung der Katalogeffekte für die einzelnen Bundesländer (s. Tabelle 3: Netto „Katalogeffekt“) veröffentlicht. Im Vergleich zum damaligen Bezugsgrößeneffekt von -4,84 % fielen die Katalogeffekte aus Landesebene bereits deutlich geringer (meist < 1 %) aus.

Bundesland	Veränderung des CMI (in Prozent)	Netto "Katalogeffekt"
01_Schleswig-Holstein	-5,5595	-0,7199
02_Hamburg	-4,7804	0,0591
03_Niedersachsen	-5,4737	-0,6342
04_Bremen	-5,0325	-0,1929
05_Nordrhein-Westfalen	-4,9381	-0,0986
06_Hessen	-5,5490	-0,7095
07_Rheinland-Pfalz	-6,0041	-1,1646
08_Baden-Württemberg	-5,1288	-0,2893
09_Bayern	-5,8493	-1,0098
10_Saarland	-4,8028	0,0367
11_Berlin	-4,3182	0,5213
12_Brandenburg	-5,0741	-0,2346
13_Mecklenburg-Vorpommern	-5,2533	-0,4138
14_Sachsen	-4,6852	0,1543
15_Sachsen-Anhalt	-4,9867	-0,1472
16_Thüringen	-4,9614	-0,1219
<b>Deutschland</b>	<b>-5,2221</b>	<b>-0,3826</b>

**Tabelle 3** Auszug aus Folie von Dr. Heimig (InEK) vom DRG-Forum 2005 zum Bezugsgrößen- und Katalogeffekt für die Bundesländer beim DRG-Versionswechsel 2004/2005 [3]

Die Spalte „Netto ‚Katalogeffekt‘“ bezeichnet den tatsächlichen Katalogeffekt, während in der Spalte „Veränderung des CMI (in Prozent)“ der technische Bezugsgrößeneffekt (s. auch Kapitel 2.2.2) von -4,839507 % enthalten ist.

### 4.3 Katalogeffekte auf Krankenhausebene

In jedem Krankenhaus zeigt sich ein eigener Katalogeffekt, der berechnet werden muss. Dieser ist insbesondere abhängig von Fallstruktur und Verweildauerverteilung der behandelten Fälle. Ebenso sind Migrationseffekte in den/aus dem Bereich bewerteter DRGs (zusatzentgeltfähige Leistungen, unbewerteten DRGs, Besondere Einrichtungen) zu berücksichtigen.

Als Folge der Weiterentwicklung des DRG-Systems konnten Maximal- und Spezialversorger in den vergangenen Jahren in der Regel mit positiven Katalogeffekten (entspricht ungerechtfertigten Budgetverlusten in den Vorjahren) und Standard- und Regionalversorger tendenziell mit negativen Katalogeffekten rechnen. Das InEK

präsentiert im Rahmen seiner Vorträge Katalogeffekte nach CMI- und seit dem Katalogwechsel 2008/2009 auch nach Bettengrößenklassen (s. Tabelle 4 und Tabelle 5). Dabei spricht tendenziell eine hohe mittlere Fallschwere (CMI) für ein Krankenhaus der Maximal- oder Spezialversorgung. Bei den Bettengrößenklassen finden sich die Maximalversorger fast ausschließlich unter den großen Krankenhäusern, während Spezialversorger in allen Bettengrößenklassen vorkommen und insbesondere den Katalogeffekt bei den kleinsten Krankenhäusern mit beeinflussen dürften.

CMI-Klassen	DRG-Versionswechsel				
	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
< 0,9	- 0,76 %	- 1,18 %	- 0,46 %	- 0,19 %	- 0,00 %
0,9 bis < 1	- 0,60 %	- 0,91 %	- 0,39 %	- 0,13 %	- 0,01 %
1,0 bis < 1,1	- 0,34 %	- 0,46 %	- 0,13 %	- 0,09 %	- 0,03 %
1,1 bis < 1,2	+ 0,19 %	+ 0,11 %	+ 0,31 %	+ 0,03 %	- 0,00 %
1,2 bis < 1,3	+ 1,25 %	+ 0,67 %	+ 0,68 %	+ 0,06 %	- 0,02 %
>= 1,3	+ 1,45 %	+ 1,05 %	+ 1,26 %	+ 0,47 %	- 0,01 %

**Tabelle 4 Katalogeffekte für Krankenhausgruppen nach CMI-Größenklassen [3]**

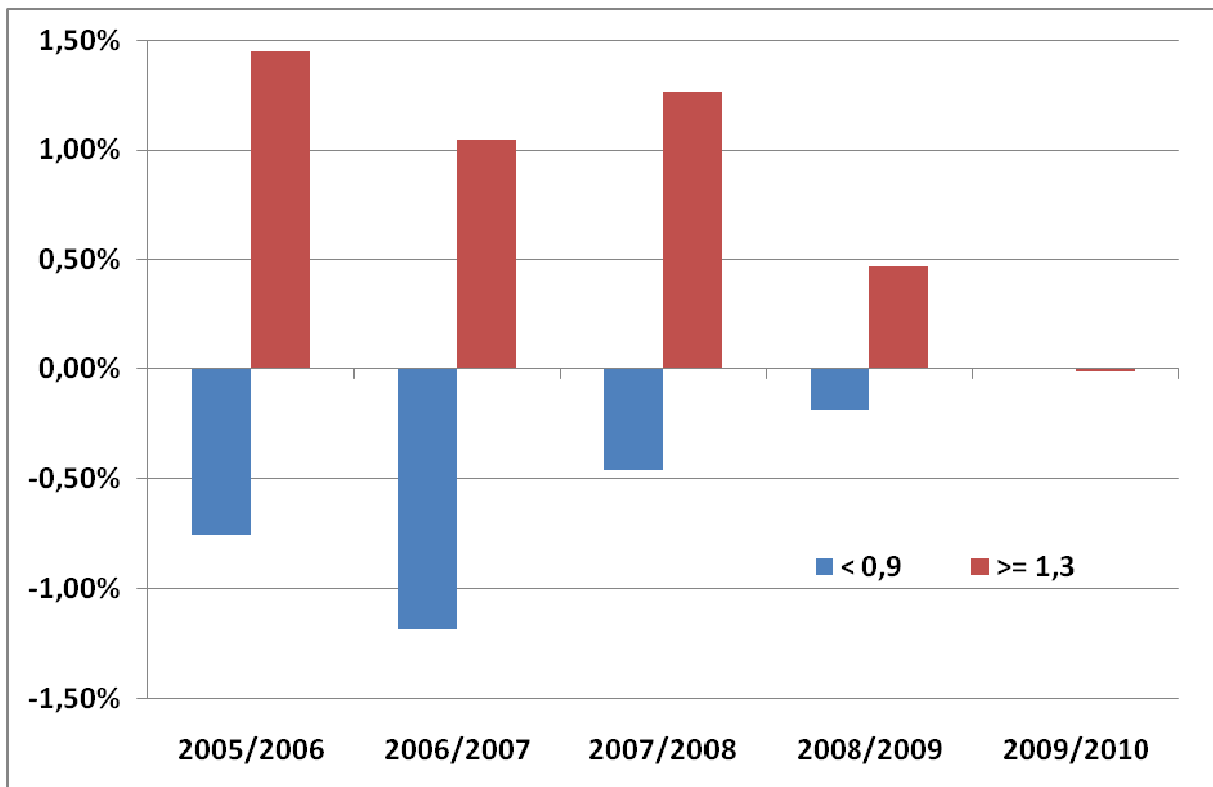


Abbildung 5 Entwicklung der Katalogeffekte für die CMI-Größenklassen < 0,9 und >= 1,3 [3]

Bettengrößen-Klassen	G-DRG-Versionswechsel				
	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
bis 100	Bislang keine Daten durch das InEK veröffentlicht			+0,06 %	- 0,06 %
101 bis 300				- 0,06 %	- 0,03 %
301 bis 600				- 0,03 %	- 0,02 %
601 bis 800				- 0,10 %	- 0,01 %
801 bis 1.000				+ 0,01 %	0,00 %
mehr als 1.000				+ 0,28 %	+ 0,02 %

Tabelle 5 Katalogeffekte für Krankenhausgruppen nach Betten-Größenklassen [3]

Bei der Interpretation dieser Daten ist zu beachten, dass Maximal- und Spezialversorger zwar in den vergangenen Jahren mit überwiegend positiven Katalogeffekten rechnen konnten, diese aber nur spezielle Leistungen betrafen. Maximal- und Spezialversorger waren demnach genauso wie die Grund- und Regelversorgung in den Bereichen, in denen sie keine spezialisierten Leistungen erbrachten, von den negativen Katalogeffekten betroffen. So wird eine universitäre Orthopädie zwar von einer spezifischen Abbildung der Implantation von Tumorendoprothesen durch eine

positiven Katalogeffekt profitieren, mit den gewöhnlichen Implantationen einer Hüftendoprothese als Folge einer bundesweit zu beobachtenden Aufwandsreduktion jedoch wie alle anderen Krankenhäuser weniger Casemix erzielen.

#### **4.4 Katalogeffekte auf Fachabteilungsebene**

Bei der Ermittlung der Katalogeffekte auf Fachabteilungsebene ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass viele Behandlungsfälle im Krankenhaus interdisziplinär versorgt werden. Es existiert in deutschen Krankenhäusern kein Standard, nach dem die Zuordnung von Behandlungsfällen zu einer Fachabteilung einheitlich erfolgt. Abhängig vom gewählten Zuordnungsverfahren können ganz unterschiedliche Katalogeffekte für die Fachabteilungen resultieren. Häufig ordnen Krankenhäuser ihre Behandlungsfälle den Fachabteilungen auf Basis folgender Methoden zu:

- Längste Verweildauer: der Behandlungsfall wird der Abteilung zugeordnet, in der der Patient die längste Zeit behandelt wurde
- Aufnehmende Fachabteilung: der Behandlungsfall wird der Abteilung zugeordnet, in der der Patient primär aufgenommen wurde
- Entlassende Fachabteilung: der Behandlungsfall wird der Abteilung zugeordnet, aus der der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wurde

Darüber hinaus existieren weitere, z.T. elaboriertere Zuordnungsmöglichkeiten, die andere Faktoren, wie z.B. Schnitt-Naht-Zeiten bei operierten Patienten, berücksichtigen.

Besondere Bedeutung für die Messung von Katalogeffekten auf Fachabteilungsebene auf Basis des § 21-Datensatzes haben die gemäß der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner nach § 301 SGB V vorgegebenen Fachabteilungsschlüssel. Der § 21-Datensatz umfasst die DRG relevanten Daten eines Krankenhauses und bildet diese Daten in unterschiedlichen Dateien ab. Die Datei „FAB“ stellt die Verlegungshistorie der Behandlungsfälle auf Fachabteilungsebene dar. Unter Berücksichtigung der Datei „FAB“ können damit grundsätzlich Katalogeffekte auf Fachabteilungsebene gemessen werden. Dabei sind aber folgende Einschränkungen zu beachten.

Die einzelnen Fachabteilungen werden durch die Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V kodiert. Abhängig von der Krankenhausstruktur werden die Fachabteilungsschlüssel unterschiedlich verwendet. Anlage 2 der § 301-Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner sieht z.B. für internistische Fachabteilungen folgende Fachabteilungsschlüssel vor:

- 0100 Innere Medizin
- 0200 Geriatrie
- 0300 Kardiologie
- 0400 Nephrologie
- 0500 Hämatologie und internistische Onkologie
- 0600 Endokrinologie
- 0700 Gastroenterologie
- 0800 Pneumologie
- 0900 Rheumatologie

Darüber hinaus wird mit Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung eine differenziertere Kodierung der Fachabteilungsstruktur ermöglicht, sofern der Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes eine Differenzierung von/nach Schwerpunkten vorsieht und ein entsprechender Schwerpunkt für das Krankenhaus ausgewiesen ist oder eine Differenzierung im Rahmen eines Vertrages nach § 109 SGB V vereinbart wurde. Die internistischen Fachabteilungen können dann wie folgt verschlüsselt werden:

- 0102 Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
- 0103 Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 0104 Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
- 0105 Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 0106 Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0107 Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie

- 0108 Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
- 0109 Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
- 0114 Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
- 0150 Innere Medizin/Tumorforschung
- 0151 Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
- 0152 Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
- 0153 Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
- 0154 Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0156 Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)

Die uneinheitliche Verwendung der Fachabteilungsschlüssel erschwert den Vergleich von Katalogeffekten zwischen Krankenhäusern. Krankenhäuser mit z.B. mehreren internistischen Abteilungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten werden Aufenthalte in den unterschiedlichen Fachabteilungen differenziert kodieren. In Krankenhäusern mit nur einer internistischen Abteilung werden hingegen die Aufenthalte der Behandlungsfälle mit nur einem Fachabteilungsschlüssel, z.B. 0100 (Innere Medizin) kodiert. Dabei werden in dem Krankenhaus mit nur einer internistischen Abteilung Leistungen erbracht, die sich in einem Krankenhaus mit mehreren internistischen Kliniken auf unterschiedliche Fachabteilungen verteilen.

Ein Vergleich der Katalogeffekte auf Fachabteilungsebene zwischen den Krankenhäusern kann deshalb nur sinnvoll durchgeführt werden, wenn die Fachabteilungskodierung der Krankenhäuser auf eine einheitliche Struktur übergeleitet wird. Dabei muss letztlich „der kleinste gemeinsame Nenner“ gefunden werden. Die Kodierung der Fachabteilungsaufenthalte muss auf die undifferenzierten Fachabteilungsschlüssel gemappt werden.

Besonders problematisch bei der Auswertung von fachabteilungsbezogenen Katalogeffekten auf Basis des § 21-Datensatzes ist die Abbildung der Intensivmedizin. In einem Teil der Krankenhäuser wird die Intensivmedizin als Fachabteilung mit

eigenem Fachabteilungsschlüssel geführt, in einem anderen Teil sind Intensivstationen in andere Fachabteilung integriert und können damit im § 21-Datensatz nicht erkannt werden. Im Universitätsklinikum Münster (UKM) wird beispielweise die operative Intensivmedizin als eigene Fachabteilung abgebildet, die Intensivmedizin der internistischen Kliniken, der neurologischen Klinik und anderen Kliniken werden hingegen nicht als eigene Fachabteilung geführt. Demnach werden Aufenthalte auf diesen Intensivstationen wie Aufenthalte auf Normalstationen der Kliniken kodiert.

Besonders ausgeprägte Katalogeffekte konnten in den vergangenen Jahren bei intensivmedizinischen Leistungen gemessen werden. Ist nicht bekannt, wie die Intensivmedizin den Fachabteilungen zugeordnet ist, können Katalogeffekte ggf. nicht richtig interpretiert werden. Ist die Intensivmedizin beispielsweise in die Fachabteilungsstruktur der Inneren Medizin integriert, wird mit großer Wahrscheinlichkeit ein anderer Katalogeffekt auf Fachabteilungsebene gemessen als wenn die Intensivmedizin als eigene Fachabteilung geführt und kodiert wird.



## 5 Zusammenfassung

Der Katalogeffekt bildet die veränderte Bewertung identischer Fälle in unterschiedlichen G-DRG-Versionen ab. Er unterliegt einer Vielzahl von Einflussfaktoren. So tragen neben der unterschiedlichen Bewertung von G-DRGs durch die Neukalkulation insbesondere auch Fallmigrationen und Effekte durch die Bewertung von Inliern zum Katalogeffekt bei.

Wichtig ist die Kenntnis der Methodik der Berechnung eines Katalogeffektes, da insbesondere Leistungsverschiebungen zwischen den unterschiedlichen Anlagen des Fallpauschalenkatalogs und anderen Vergütungselementen als Katalogeffekt imponieren können. Bei der Interpretation sind solche Leistungsverschiebungen in der Regel anders zu bewerten als Katalogeffekte, die tatsächliche monetäre Auswirkungen widerspiegeln. Auch die in Kapitel 3 beschriebenen DRG-Systemunabhängigen Einflussfaktoren können sich auf den Katalogeffekt auswirken und sind demnach bei der Interpretation der Katalogeffekte zu beachten.

Von Katalogeffekten zu unterscheiden sind der technische und der bis zum DRG-Versionswechsel 2004/2005 aufgetretene Bezugsgrößeneffekt sowie Effekte, die erst bei Anwendung einer neuen G-DRG-Version auftreten (Veränderungen des Basisfallwerts, Kodiereffekte, veränderte Fallprüfungen und daraus resultierende Abrechnungsveränderungen sowie Veränderungen der Leistungsstruktur).

Waren Katalogeffekte auf übergeordneter Ebene bei den ersten DRG-Versionswechseln noch ausgeprägt, so sind die Katalogeffekte für unterschiedliche CMI- und Bettengrößenklassen von Krankenhäusern beim DRG-Versionswechsel 2009/2010 nahezu vernachlässigbar. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass individuelle meist stark spezialisierte Krankenhäuser durchaus noch hohe Katalogeffekte verzeichnen können. Je granulärer die Analysen des Katalogeffekts erfolgen (Fachabteilungsebene, klinische Fallkollektive, Hauptdiagnosegruppen, Ebene einzelner DRGs), umso höher (positiv oder negativ) werden in der Regel die Katalogeffekte ausfallen. Dabei ist es nicht ungewöhnlich, dass Katalogeffekte für aufeinanderfolgende DRG-Versionen unterschiedliche Vorzeichen tragen. Bei der inhaltlichen Interpretation ist daher Vorsicht geboten.

## Quellenverzeichnis

1. G-DRG German Diagnosis Related Groups, Versionen 1.0 – 2010, Definitionshandbücher, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK gGmbH), <http://www.g-drg.de>
2. Abschlussberichte „Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004/2005/2006/2007/2008/2009/2010“, Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen, Teil I: Projektbericht, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg Dezember 2003/2004/2005/2006/2007/2008/2009, siehe <http://www.g-drg.de>
3. Heimig F. (2005-2009), Vorträge zum DRG-System für ZENO, 3M und das Nationale DRG-Forum
4. Fallpauschalenvereinbarungen (FPV) mit Anlagen (Fallpauschalenkatalogen) 2005-2010, <http://www.g-drg.de>
5. Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen (VBE) für die Jahre 2006-2010, <http://www.g-drg.de>
6. Verordnung zur Bestimmung besonderer Einrichtungen im Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005 - FPVBE 2005)
7. Operationenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS), Versionen 2.1 – 2010, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), <http://www.dimdi.de>
8. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, -German Modification – (ICD-10-GM), Versionen 2004 - 2010, Systematisches Verzeichnis, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), <http://www.dimdi.de>
9. Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren, Versionen 2002-2010, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH), <http://www.g-drg.de>
10. Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2009: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Jahre 2005-2010, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH), <http://www.g-drg.de>
11. Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2007/2008), Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2008/2009. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft / Norbert Roeder – Münster, 2007/2008: DRG-Research-Group, siehe <http://www.dkgev.de>
12. Roeder N., (2004/2005/2006), Anpassungsbedarf der Vergütung von Krankenhausleistungen für 2005/2006/2007. Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft / Norbert Roeder – Münster, Mai 2004/2005/2006: DRG-Research-Group, siehe <http://www.dkgev.de>

13. Roeder N., (2003) Anpassungsbedarf des G-DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen, Gutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, / Norbert Roeder – Münster, Mai 2003: DRG-Research-Group, siehe <http://www.dkgev.de>
14. Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H. (2008), Einflüsse veränderter Kodierung und anderer Effekte auf den Case-Mix im G-DRG-System. Bewertung von Fehlkodierungs- und Rightcoding-Effekten sowie nicht kodierbedingten Effekten. Gutachten im Auftrag der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft, Schöling-Verlag Münster
15. Fiori W., Bunzemeier H., Brüning K., Helling J., Roeder N. (2010), Abrechnungsbetrug der Krankenhäuser – Tatsache oder Fiktion?, das Krankenhaus 1:17-32
16. Roeder N., Fiori W., Bunzemeier H., Wenke A., Lillteicher F., (2005), Fallmengenplanung 2005 als Grundlage der Budgetfindung, das Krankenhaus, 4:297-316
17. Roeder N., Hensen P., Fiori W., Bunzemeier H., Franz D., Rochell B., (2004), Zusatzentgelte im DRG-System 2005. Aufwändige Teilbereiche werden ausgegliedert und stärken das Fallpauschalensystem, f&w, 6:566-574
18. Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG), BGBl I S. 534.549 vom 24.03.2009