

Daten zum G-DRG-System
Auswertung der Datenbereitstellung gem. § 21 KHEntgG
zum Zweck der Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG
Datenjahr 2004

Inhaltsverzeichnis

I. Erläuterungen

- Formale Grundlage
- Datengrundlage
- Datenauswertung
- Hinweise zur Datenaufbereitung
- Hinweise zu weiteren Datenquellen

II. Tabellen

Separate Datei *Begleitforschung_§17b_Abs8_KHG_Datenjahr_2004.xls*.

Die Datei steht auf der Homepage des InEK unter www.g-drg.de im Downloadbereich zum Herunterladen zur Verfügung.

I. Erläuterungen

- Formale Grundlage

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) enthält in § 17b Abs. 8 den Auftrag an die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG (Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung und Deutsche Krankenhausgesellschaft), eine Begleitforschung zu den Auswirkungen des auf Diagnosis Related Groups (DRG) beruhenden Vergütungssystems durchzuführen. Die Vertragsparteien haben das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) damit beauftragt, die von den Krankenhäusern nach den Vorgaben des § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bereitzustellenden Daten zu diesem Zweck auszuwerten. Das InEK hat die Daten in Abstimmung mit den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 KHG und dem Bundesministerium für Gesundheit in der vorliegenden Struktur aufbereitet.

- Datengrundlage

Durch § 21 KHEntgG sind sämtliche Krankenhäuser im Anwendungsbereich des Gesetzes zur Datenbereitstellung verpflichtet. Die Daten sind jeweils zum 31. März für das vorangegangene Kalenderjahr an eine zur Datenannahme beauftragte Stelle (DRG-Datenstelle) zu übermitteln. Die Datenlieferung umfasst Strukturdaten jedes einzelnen Krankenhauses und Leistungsdaten jedes einzelnen Behandlungsfalles entsprechend den Vorgaben in § 21 Abs. 2 KHEntgG. Die Vertragsparteien legen dazu weitere Einzelheiten fest.

Die vorliegende Datenauswertung bezieht sich auf die Datenerhebung des Jahres 2004 (Datenjahr 2004). In die Auswertung wurden die Datenlieferungen der Krankenhäuser einbezogen, die bis zum 08.06.2005 an die mit der Datenannahme beauftragte Datenstelle übermittelt wurden und Angaben zu mindestens einem Behandlungsfall enthielten. Dabei wurde nicht geprüft, ob für diese Krankenhäuser – ggf. für einzelne Abteilungen, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG nicht in das DRG-System einbezogen sind - keine Datenübermittlungspflicht gem. § 21 KHEntgG bestand. Für die Aufbereitung der Daten durch die Krankenhäuser waren die Vorgaben in Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG mit Stand vom 17.12.2004 maßgeblich.

Die Datenlieferungen der Krankenhäuser enthalten Leistungsdaten zu allen im Kalenderjahr 2004 entlassenen voll- und teilstationären Behandlungsfällen. Die Auswertungen beziehen sich auf den Datenstand nach Durchführung des technisch-formalen Fehlerverfahrens bei der Datenannahme durch die DRG-Datenstelle.

Die Qualität der Daten wird in technischer und formaler Hinsicht durch das Fehlerverfahren der DRG-Datenstelle sichergestellt. Dieses beinhaltet jedoch keine inhaltlichen Plausibilitätsprüfungen der von den Krankenhäusern übermittelten Daten. Nicht geprüft sind damit u.a. folgende Aspekte:

- Vollständige Konformität der kodierten Diagnosen und Prozeduren mit den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) und den Regelungen in den Katalogen ICD und OPS,
- Umsetzung der Regelungen der Fallpauschalenverordnung (KFPV) 2004 zur Fallzusammenführung,
- Angaben der Krankenhäuser zu Strukturmerkmalen (z.B. Bettenzahl), Fallmerkmalen (z.B. Aufnahme-/Entlassungsgrund) oder der Versorgungsform (Hauptabteilung/ belegärztliche Versorgung).

- Datenauswertung

Das InEK hat entsprechend der Regelung in § 21 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG jeweils eine „Ergänzende Datenbereitstellung“ auf der Grundlage der in den Jahren 2002 bis 2004 erhobenen Daten veröffentlicht. In dieser Form wird eine Veröffentlichung der Daten gem. § 21 KHEntgG nicht weitergeführt. Stattdessen werden die in der bisherigen „Ergänzenden Datenbereitstellung gem. § 21 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG“ enthaltenen Auswertungen in die vorliegende Auswertung der Daten gem. § 17b Abs. 8 KHG integriert. Die Auswertung der Datenbereitstellung gem. § 17b KHG zum Zweck der Begleitforschung wird erstmals für das Datenjahr 2004 in tabellarischer Form erstellt.

Die vorliegende Datenauswertung ist in fünf Datengruppen gegliedert:

Datengruppe	Inhalt der Auswertungen
A. Datenbasis	Beteiligung an der Datenübermittlung, Datenqualität
B. Krankenhaus-Strukturdaten	Klassifizierung nach Bettenzahl, Fallzahl, CMI
C. Vollstationäre Falldaten	Jeweils für Versorgung durch Hauptabteilung und belegärztliche Versorgung: Demographische und medizinische Fallmerkmale (Hauptdiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht), Angaben zum Versorgungsgeschehen im Krankenhaus (Fallzahl, Verweildauer, CMI)
D. Teilstationäre Falldaten	Hauptdiagnosen und Prozeduren teilstationärer Fälle
E. G-DRG-System	Hoch bzw. niedrig bewertete Fallgruppen, häufige Leistungen

Die Datenauswertung erfolgte unter Beachtung von Datenschutzaspekten. Zur Gewährleistung der Anonymität von krankenhausbezogenen Angaben wurden Daten, die nicht bereits durch andere veröffentlichte Quellen verfügbar sind (z.B. in Landeskrankenhausplänen), für eine Anzahl von n=1 Krankenhäusern nicht dargestellt. Entsprechende Ausblendungen der Auswertung betrafen die Tabellen C-1-2-1 und C-2-2-1. Aus dem Bundesdatenschutzgesetz ergibt sich die Verpflichtung zur Wahrung der Anonymität personenbezogener Daten. Entsprechend wurden in den Tabellen der Datengruppen C und D Ausblendungen vorgenommen und Angaben für eine Anzahl von n=1 Behandlungsfällen nicht dargestellt.

Die Aussagekraft der vorliegenden Auswertungen ist aufgrund der für die Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG vorgegebenen Datensatzstruktur insbesondere in Bezug auf folgende Aspekte eingeschränkt:

- Ab dem Jahr 2004 wurde das DRG-Vergütungssystem verpflichtend für alle Krankenhäuser, die dem KHEntgG unterliegen, eingeführt. Im Jahr 2003 konnten Krankenhäuser bereits optional auf das neue Vergütungssystem umstellen (Options-Krankenhäuser). Die Options-Krankenhäuser haben aufgrund der Weitergeltungsregelung nach § 15 Abs. 1 KHEntgG ab dem 01.01.2004 weiterhin nach dem DRG-Vergütungssystem abgerechnet. Die übrigen Krankenhäuser, die ggf. aufgrund verspäteter Abschlüsse ihrer Budget- und Entgeltverhandlungen erst unterjährig auf das neue Vergütungssystem umgestellt haben, liefern für die Übergangszeit Datensätze

nach den Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Eine flächendeckende und ganzjährige Erhebung der Datensätze gem. § 21 KHEntgG unter DRG-Bedingungen kann frühestens mit dem Datenjahr 2005 erwartet werden.

- Ambulante Behandlung im Krankenhaus gem. § 116 SGB V: Im Rahmen eines Vertrags gem. § 116 SGB V im Krankenhaus erbrachte ambulante Leistungen sind nicht in die Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG einbezogen.
- Disease-Management-Programme (DMP)/Integrierte Versorgung (IV): Voll- oder teilstationäre Behandlungen im Rahmen von DMP- oder IV-Verträgen gem. § 140a ff. SGB V sind nicht in die Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG einbezogen.
- Besondere Einrichtungen: Aus den übermittelten Datensätzen ist nicht zweifelsfrei zu erkennen, ob eine Behandlung ganz oder teilweise in einer als Besondere Einrichtung gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG anerkannten Einrichtung durchgeführt wurde.
- Leistungen im Regelungsbereich des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG: Aus den Daten gem. § 21 KHEntgG lässt sich nicht erkennen, ob für eine Behandlung die Regelungen des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG für die Notfallversorgung oder die besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten anwendbar sind.
- Leistungen im Regelungsbereich des § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG: Die Daten gem. § 21 KHEntgG enthalten keine Information darüber, ob die Leistung unter den Voraussetzungen des § 17b Abs. 1 Satz 6 KHG für einen Sicherstellungszuschlag erbracht wurde.
- Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB): Aufgrund des innovativen Charakters von NUB-Leistungen gem. § 6 Abs. 2 KHEntgG existiert für diese im Regelfall kein OPS-Code, so dass in den Falldatensätzen ein mit dem abgerechneten NUB-Entgelt korrespondierendes Identifikationsmerkmal der Leistung fehlt.
- Akutstationäre Versorgung mit anschließender Rehabilitationsmaßnahme: Zwischen den leistungserbringenden Einrichtungen sind vielfach Kooperationsstrukturen etabliert, die eine enge Verzahnung der Akutversorgung mit der Rehabilitation unterstützen sollen. Die Daten gem. § 21 KHEntgG enthalten keine Information über das Vorliegen und ggf. die Art einer Kooperation auf diesem Gebiet.
- Akutstationäre Versorgung im Rahmen von Krankenhauskooperationen: Krankenhäuser erbringen oftmals Abschnitte einer Gesamtbehandlung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen. Die Zahl der dabei tatsächlich stattfindenden Verlegungen wird aufgrund der Fallzusammenführungsvorschriften der FPV in den Daten gem. § 21 KHEntgG nicht in gleichem Umfang wiedergegeben.
- Entgeltdaten: Eine Auswertung der Datei „Entgelte“ kann aufgrund vielfältiger Unsicherheiten hinsichtlich der Aussagekraft der darin enthaltenen Angaben keinen belastbaren Beitrag im Rahmen einer Begleitforschung liefern.

- Hinweise zur Datenaufbereitung

Die folgenden Hinweise besitzen allgemeine Gültigkeit für die Datenaufbereitung. Ergänzend sind Besonderheiten der Datenaufbereitung am Ende einer Tabelle aufgeführt.

Definitionen

- Behandlungsfall

Der Behandlungsfall bezeichnet einen Behandlungsaufenthalt im Krankenhaus.

- Vollstationärer Behandlungsfall

Die Durchführung einer vollstationären Behandlung wird durch den entsprechenden Aufnahmegrund (Schlüssel 1 nach Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung) im Datensatz gekennzeichnet. Unter den in der Fallpauschalenverordnung 2004 genannten Voraussetzungen können auch mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte zu einem Fall zusammengefasst werden. Sofern diese Voraussetzungen vorliegen, sind entsprechend den Vorgaben zur Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG von den Krankenhäusern zusammengeführte Angaben zu ursprünglich mehreren Krankenhausaufenthalten bereitzustellen. Entsprechend den Regelungen in § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG ist eine vorstationäre Behandlung nicht und eine nachstationäre Behandlung nur unter bestimmten Voraussetzungen neben einer DRG-Fallpauschale abrechenbar. Entsprechend werden vor- und nachstationäre Behandlungstage gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 21 Abs. 4 und Abs. 5 KHEntgG gemeinsam mit dem vollstationären Behandlungsfall ausgewiesen.

- Teilstationärer Behandlungsfall

Die Durchführung einer teilstationären Behandlung wird durch den entsprechenden Aufnahmegrund (Schlüssel 1 nach Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung) im Datensatz gekennzeichnet. Die Vorgaben zur Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG enthalten keine eindeutige teilstationäre Falldefinition. Die Fallpauschalenverordnung 2004 regelt in § 8 Abs. 2 lediglich die Fallzählung. Bei fallbezogenen Entgelten wird jedes Entgelt als ein Fall gezählt. Bei tagesbezogenen Entgelten orientiert sich die Fallzählung an den Vorgaben der Fußnoten 11 und 11a in Anhang 2 zu Anlage 1 der BpflV. Daher kann in den Daten des Jahres 2004 ein teilstationärer Datensatz bei tagesbezogenen Entgelten für eine einzelne teilstationäre Behandlung (Kontakt) oder für alle während eines Quartals durchgeführten Behandlungen stehen.

- Behandlungsfall in Versorgung durch Hauptabteilung

Die Versorgung durch eine Hauptabteilung wird durch das Präfix „HA“ zum Fachabteilungsschlüssel nach Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung (Schlüssel 6) der behandelnden Fachabteilung gekennzeichnet. Besondere Einrichtungen gem. § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG kennzeichnen ihre Fachabteilungen mit dem Präfix „BE“; sie werden im Rahmen der Auswertung wie Hauptabteilungen behandelt.

- Behandlungsfall in belegärztlicher Versorgung

Die belegärztliche Versorgung wird durch das Präfix „BA“ zum Fachabteilungsschlüssel nach Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung (Schlüssel 6) der behandelnden Fachabteilung gekennzeichnet.

- „Mischfall“

Als Mischfall gilt ein Behandlungsfall, dessen Versorgung sowohl durch eine Hauptabteilung als auch durch Belegärzte erfolgte. Dabei spielt der Anteil der Beteiligten an der Gesamtbehandlung keine Rolle. Die Auswertungen in den Datengruppen C, D und E beinhalten jeweils keine Mischfälle.
- Hauptdiagnose

Die Hauptdiagnose ist durch die Deutschen Kodierrichtlinien definiert als: „Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“ Die Hauptdiagnose des Behandlungsfalles ist durch das Krankenhaus nach den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung festzulegen. Die Verschlüsselung erfolgt nach der im jeweiligen Datenjahr gültigen Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD).
- Nebendiagnose(n)

Eine Nebendiagnose ist durch die Deutschen Kodierrichtlinien definiert als: „Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ Die Nebendiagnose(n) des Behandlungsfalles wird (werden) durch das Krankenhaus nach den Vorgaben der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils gültigen Fassung dokumentiert. Die Verschlüsselung erfolgt nach der im jeweiligen Datenjahr gültigen Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD).
- Unspezifische Kodierung der Diagnose

Unspezifische Diagnosekodes enden an der letzten Stelle auf „.9“. Somit werden auch einige Diagnosen erfasst, die – obwohl sie auf „.9“ enden – dennoch spezifisch sind.
- Unspezifische Kodierung der Prozedur

Unspezifische Prozedurenkodes enden an der letzten Stelle auf „.y“.
- Duplikate bei Diagnose- oder Prozedurenkodes

Für einen Behandlungsfall wird jeder Diagnose- oder Prozedurenkode nur ein Mal in die Auswertung einbezogen. Mehrfache Nennungen eines Kodes werden als Duplikate nicht berücksichtigt.
- Katalog-Kurzlieger und Katalog-Langlieger

Der Fallpauschalen-Katalog enthält zu jeder Fallgruppe/DRG die Angabe einer mittleren Verweildauer, einer oberen Grenzverweildauer und einer unteren Grenzverweildauer. Als Katalog-Kurzlieger gelten Behandlungsfälle mit einer Verweildauer, die kleiner als die untere Grenzverweildauer ist. Als Katalog-Langlieger gelten Behandlungsfälle mit einer Verweildauer, die größer als die obere Grenzverweildauer ist. Katalog-Kurzlieger und Katalog-Langlieger schließen jeweils verlegte Fälle ein.
- Stundenfall

Als Stundenfall werden vollstationäre Behandlungsfälle bezeichnet, deren Aufnahme- und Entlassungsdatum für den Krankenhausaufenthalt identisch sind.

Berechnungen

- Darstellung
Angaben oder Berechnungsergebnisse mit dem Wert 0 werden als „0“ dargestellt.
Bei fehlender Angabe und für eine mathematisch nicht definierte Berechnung bleibt das Feld leer.
Aus Geheimhaltungsgründen nicht ausgewiesene Werte werden durch „x“ gekennzeichnet.
- Rundungsregel
Berechnete Ergebnisse werden nach kaufmännischen Grundsätzen gerundet. Angegebene Prozentanteile addieren sich daher nicht immer zu 100%.
- Durchschnittswerte
Durchschnittswerte sind als ungewichtetes arithmetisches Mittel berechnet.
- Casemix-Index (CMI)
Der Casemix-Index ist die durchschnittliche Bewertungsrelation pro Behandlungsfall, berechnet für eine definierte Fallmenge (z.B. ein Krankenhaus). Der Berechnung liegen die effektiven Bewertungsrelationen der einbezogenen Fälle zugrunde. In die effektiven Bewertungsrelationen gehen die nach den Abrechnungsregeln der KFPV 2004 zu berücksichtigenden Zu- und Abschläge zu den im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesenen Bewertungsrelationen ein.
- Verweildauer
Die Verweildauer beschreibt die Dauer des Krankenhausaufenthalts in Tagen vom Tag der Aufnahme bis zum Tag der Entlassung. Aufnahme- und Entlassungstag zählen gemeinsam als ein Tag. Stundenfälle besitzen eine Verweildauer von einem Tag. Behandlungsfälle mit Aufnahme an einem Tag und Entlassung am darauf folgenden Tag besitzen ebenfalls eine Verweildauer von einem Tag. Tage ohne Behandlung und Tage außerhalb des Geltungsbereichs des KHEntgG werden nicht in die Berechnung der Verweildauer einbezogen.

Klassifikationen

Den Daten der vorliegenden Auswertung liegen die folgenden Klassifikationen zugrunde:

- ICD-Klassifikation
Diagnosen sind nach der im Jahr 2004 anzuwendenden Version ICD-10-GM 2004 verschlüsselt.
- OPS-Klassifikation
Prozeduren sind nach der im Jahr 2004 anzuwendenden Version OPS-301 2004 verschlüsselt.
- DRG-Klassifikation
Behandlungsfälle sind nach der im Jahr 2004 anzuwendenden G-DRG Version 2004 gruppiert.

- Überlieger
Behandlungsfälle, die im Jahr 2003 aufgenommen und im Jahr 2004 entlassen wurden (Überlieger), wurden mit den im Jahr 2003 gültigen Klassifikationen verschlüsselt. Zur Vereinheitlichung der Darstellung wurden die Kodierungen der Überlieger aus dem Jahr 2003 in die ICD- und OPS-Klassifikation für 2004 umkodiert (Mapping). Konnte im Einzelfall kein Mapping eines Prozedurenkodes durchgeführt werden, wurde der betroffene Prozedurenkode für die Auswertungen nicht verwendet.

- Hinweise zu weiteren Datenquellen

Auf der Homepage des InEK (www.g-drg.de) stehen Informationen zum G-DRG-System zur Verfügung. U.a. können folgende Dokumente heruntergeladen werden:

Daten gem. § 21 KHEntgG

- Datenbank G-DRG Browser § 21 KHEntgG für die Datenjahre 2002 bis 2004
- Ergänzende Datenbereitstellung gem. § 21 Abs. 3 Satz 3 KHEntgG für die Datenjahre 2002 bis 2004
- Anlage 2 zur Vereinbarung nach § 21 KHEntgG
- Beschreibung des Fehlerverfahrens der DRG-Datenstelle

Daten zum G-DRG-System

- Datenbank „Report-Browser“ mit Leistungs- und Kostendaten der jeweiligen G-DRG-Version
- DRG-Fallpauschalenkatalog und Kataloge ergänzender Entgelte
- DRG-Definitionshandbuch
- Deutsche Kodierrichtlinien

Die Homepage des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (www.dimdi.de) hält u.a. Informationen zu den Diagnose- und Prozeduren-Klassifikationen bereit. Diese stehen als Online-Katalog oder zum Herunterladen zur Verfügung.