

AGENON

Gesellschaft für Unternehmensentwicklung
im Gesundheitswesen mbH

Quantifizierung von kleinräumigen Verla- gerungseffekten mit Blick auf die Bud- getverhandlungen mit einzelnen Kran- kenhäusern

Endbericht

Projekt im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztli-
che Versorgung (ZI) und der BARMER GEK

31. Januar 2014

AGENON

Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH
Friedrichstr. 94 10117 Berlin Tel. 030-921.045-70 agenon@agenon.de

Bearbeiter:
Steffen Bohm, Heinz-Werner Priess, Wilhelm F. Schröder

Mitarbeit:
Detlef Schmidt

Executive Summary

Ausgangspunkte für die Untersuchung

1. Leistungsverschiebungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor spielen in der öffentlichen Diskussion immer wieder eine große Rolle. Bedeutung kommt ihnen auch für die Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung zu: Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs sind Veränderungen des Umfangs vertragsärztlicher Leistungen für alle im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung wohnhaften Versicherten zu berücksichtigen, die sich aus der Verlagerung von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor ergeben (§ 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V).
2. In konzeptioneller Hinsicht wird dabei eine zeitlich versetzte Perspektive zu Grunde gelegt: Soweit sich im Nachhinein herausstellt, dass Verlagerungen zu vertragsärztlichen Mehrleistungen (oder ggf. zu auch Minderleistungen) geführt haben, sollen diese in der Bemessung der Vergütung für die Folgeperiode berücksichtigt werden. Zum anderen ist für das Folgende von Bedeutung, dass dabei stets auf die Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung Bezug genommen wird.
3. Für die Berücksichtigung von Verlagerungen in der Vergütung für Leistungen des stationären Sektors sind vollständig andere Voraussetzungen gegeben:
 - Erbrachte Leistungen werden den Krankenkassen vom Krankenhaus einzelfallbezogen nach Abschluss der Behandlung direkt in Rechnung gestellt. Die in einem Kalenderjahr von einem Krankenhaus erbrachten Leistungen (Fälle) bilden dann den Aufsatzpunkt für die Mengenplanung des Hauses für das Folgejahr. Auf der Grundlage dieser zukunftsgerichteten Mengenplanung wird die Budgetverhandlung mit den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden für die Folgeperiode geführt (prospektive Ausrichtung der Budgetverhandlungen; § 18 Abs. 3 Satz 1 KHG; § 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntG). Anders als für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gilt für die Vergütungsverhandlungen zu stationären Leistungen deshalb, dass Verlagerungen nur als *zukünftige* Minderfälle (oder ggf. auch als Mehrfälle) in die Budgetverhandlungen eingebracht werden können.
 - Und anders als bei dem gesetzlich vorgegebenen Wohnortbezug im vertragsärztlichen Bereich, ist es für die Budgetverhandlungen irrelevant, woher die Patienten stammen. Für einen Bevölkerungsbezug in den Budgetverhandlungen besteht keine gesetzliche Vorgabe.

Aufgabenstellung

4. Aufgabenstellung der Untersuchung war es, empirische Zugänge und Methoden zu entwickeln, über die Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor bis auf die Ebene einzelner Krankenhäuser zugeordnet werden können. Zugänge und Methoden waren dann auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK für drei Krankheitsgruppen exemplarisch umzusetzen.

Zu lösende Probleme

Aus dem unter Ziffer 3 Gesagten ergibt sich, dass für die Bewältigung der Aufgabenstellung zwei zentrale Probleme gelöst werden mussten:

- Erstens: Aus der prospektiven Ausrichtung der Budgetverhandlungen ergibt sich, dass durch Verlagerungen bedingte geringere stationäre Fallzahlen budgetmindernd nur als zukünftige Ereignisse in die Budgetverhandlungen eingebracht werden können (siehe oben, Ziffer 3). Daraus folgt, dass ein Begründungszusammenhang erforderlich ist, aus dem sich entsprechende Forderungspositionen für die Budgetverhandlungen ableiten und untersetzen lassen. Dies auch vor dem Hintergrund von Schiedsstellen- und Sozialgerichtsverfahren, die im Konfliktfall ggf. anstehen.
- Zweitens: Empirische Zugänge und Methoden waren ausgehend von Datengrundlagen und Auswertungsergebnissen zu entwickeln, die typischerweise bevölkerungsbezogen (populationsbezogen) vorliegen. Die Budgetverhandlungen beziehen sich dagegen auf die Patienten bzw. die Fälle jeweils eines einzelnen Krankenhauses. Es mussten deshalb Wege gefunden werden, wie populationsbezogene Ergebnisse auf einzelne Krankenhäuser übertragen werden können.

Lösungsvorschläge

5. Im Ergebnis zeigt die Untersuchung, dass und wie beide Probleme gelöst werden können.

5.1 Ein Begründungszusammenhang für obenstehende Forderungsposition nach Minderfällen kann für Regionen über eine bislang deutlich höhere Anzahl von stationären Behandlungsfällen hergestellt werden, als nach Maßgabe der Alters- und Geschlechtsstruktur der Regionalbevölkerung zu erwarten waren. In der Untersuchung wurde dafür das Konzept der „verlagerungssensitiven DRGs“ angewendet: Für eine spezifische Krankheitsgruppe wurden diejenigen DRGs ausgewählt, für die sich - bei hoher vertragsärztlicher Versorgungsintensität und -qualität - geringe Abrechnungsfrequenzen ergeben müssten. Die exemplarische Umsetzung anhand von Daten der BARMER GEK für drei Krankheitsgruppen bis auf Kreisregionsebene hat gezeigt, dass auch nach Bereinigung um Alters- und Geschlechtseffekte deutliche regionale Unterschiede in den stationären Fallhäufigkeiten bestehen bleiben. Einer ergänzenden Analyse zufolge werden die regionalen Unterschiede bereits auch dann sichtbar, wenn man

anstelle der „verlagerungssensitiven DRGs“ auf die Hauptdiagnose bei Entlassung abstellt. Das ist insofern von Belang, als die hier vorgenommene - wie auch jede andere Festlegung -, welche DRGs als verlagerungssensitiv einzuschätzen sind und welche nicht, strittig gestellt werden kann (und in Auseinandersetzungen vor Schiedsstellen und Sozialgerichten sicherlich auch werden wird).

Flankierend sollte belegt werden können, dass ambulante Angebotskapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten im erforderlichen Umfang und in der erforderlichen Qualität zur Verfügung stehen. Das setzt eine entsprechende regionalbezogene Informationsaufbereitung voraus. Ergänzend wären regional differenzierte Studien hilfreich, die den Zusammenhang zwischen Veränderungen in den medizinischen Behandlungsansätzen, den Angebotsstrukturen und Verschiebungen in der Leistungserbringung - stationär und ambulant - aufzeigen.

5.2 Die Zuordnung zu einzelnen Krankenhäusern kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Sie geht (notwendigerweise) stets von einer Zielvorstellung zur stationären Fallzahl aus, die - nach Maßgabe der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten vor Ort - substituiert werden kann. Die Zuordnung zu einzelnen Krankenhäusern wurde in der Untersuchung nach der bisherigen Bedeutung eines Krankenhauses für die stationäre Versorgung der betrachteten Erkrankung vorgenommen. Eine sachlich gut begründete Differenzierung ist vorzuziehen. Sie setzt aber eine genaue Kenntnis der Bedingungen vor Ort voraus. Entsprechende Erhebungen und Untersuchungen waren nicht Gegenstand der Beauftragung.

Vielfältige Anwendungsfelder

6. Die empirischen Zugänge, Methoden und die in der ausführlichen Fassung beschriebenen Vorgehensweisen zur Vorbereitung von Budgetverhandlungen sind keineswegs auf den Anwendungsfall „Verlagerung“ beschränkt. Sie können immer dann angewendet werden, wenn deutliche regionale Unterschiede in den stationären Behandlungshäufigkeiten bestehen, ohne dass eine tragfähige Begründung für eine spezifisch erhöhte Morbidität vorliegt.

Voraussetzungen

7. Als wesentliche Voraussetzungen für das entwickelte Vorgehen müssen als Anforderungen an die Datengrundlagen und ihre Aufbereitung erfüllt sein:

- Kassenarten-übergreifende Zusammenführung der Falldaten unter Ausweis von Regionalmerkmalen und Auswertung für Populationen sowie Adjustierung;
- Aufbereitung bzw. Umgruppierung der DRG-Daten für zurückliegende Zeiträume nach Maßgabe des jeweils aktuellen DRG-Katalogs;
- Timing der Datenverfügbarkeit (die Fallinformationen müssen rechtzeitig und möglichst vollständig vorliegen);

- Prognosen zu den Fallzahlen, die für Regionalpopulationen erwartet werden.
8. Mit Blick auf die Budgetverhandlungen besteht als weitere Anforderung, dass eine Erweiterung der primär auf das einzelne Krankenhaus bezogenen Perspektive um eine versorgungsepidemiologische Perspektive vollzogen werden muss.

Hemmnisse

9. Jenseits der Herausforderung, das erforderliche empirische und epidemiologische Material für die Budgetverhandlungen zusammenzustellen und aufzubereiten, bestehen bezogen auf den zuletzt angesprochenen Aspekt einer versorgungsepidemiologischen Perspektive gravierende Hindernisse an anderer Stelle: Als Ergebnis einer Befragung der BARMER GEK-Experten für Budgetverhandlungen zeigt sich als Grundproblematik, dass eine derartige Bezugnahme für die Entscheidungsfindung im Rahmen von Schiedsstellen- und Sozialgerichtsverfahren gegenwärtig keine wesentliche Rolle spielt. Im Vordergrund steht dort die Frage, ob das Krankenhaus seine Forderungsposition basierend auf den Entwicklungen des eigenen Leistungsgeschehens in der Vergangenheit und seiner zukünftigen Planung substantiiert begründen kann. Ergänzend werden ggf. Ergebnisse von Fehlbelegungsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) herangezogen. Für diese Prüfungen besteht grundsätzlich die Schwierigkeit, retrospektiv und aufgrund der Aktenlage nachzuweisen, dass eine ambulante Versorgung möglich gewesen wäre.

10. Unter diesen Bedingungen werden Analysen nach dem hier entwickelten Konzept von den Experten als hilfreich für sehr spezifische Konstellationen bewertet, etwa wenn Krankenhäuser Mehrforderungen erheben, die sich nicht schlüssig aus der bisherigen Leistungsentwicklung begründen lassen. Solange sich die Praxis von Schiedsstellen- und ggf. nachgehenden Sozialgerichtsverfahren stark an bisherigen und den daraus begründeten geplanten zukünftigen Leistungsmengen eines Hauses orientiert, werden ansonsten aber kaum Chancen für die Durchsetzung versorgungsepidemiologisch begründeter (prospektiver) Erlösminderungen gesehen.

Reformerfordernisse

11. Diese Ergebnisse sind auch vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um die Mengenentwicklung der stationären Fallzahlen von Bedeutung. Jenseits der bislang diskutierten Reformkonzepte weisen sie auf einen grundlegenden Regelungsbedarf in den Rahmensetzungen für die Budgetverhandlungen hin: Die verbindliche und *explizite* Anforderung, die stationäre Behandlungsdichte der regionalen Bevölkerung und die stationär *und* ambulant bestehenden Versorgungsangebote und Behandlungsmöglichkeiten in den Verhandlungen zu berücksichtigen.

Auch Schiedsstellen wie Sozialgerichte wären dann gehalten, Forderungspositionen zu würdigen und in ihrer Entscheidungsfindung zu be-

rücksichtigen, die aus Ergebnissen regional- und bevölkerungsbezogener Analysen zum Versorgungsbedarf und bestehenden Versorgungsangeboten und -möglichkeiten heraus begründet sind.

In den Expertengesprächen mit erfahrenen Budgetverhandlern ist deutlich geworden, dass die gelebte Praxis von Schiedsstellen- und Sozialgerichtsentscheiden ihren Schatten voraus wirft. Die Antwort auf die Frage, ob eine Forderungsposition im Streitfall in einem Schiedsstellen- und ggf. einem nachgelagerten Sozialgerichtsverfahren Aussicht auf Erfolg hätte, ist von großer Bedeutung dafür, ob eine systematische Vorbereitung für die Verhandlungen erfolgt. Eine Vorgabe wie beschrieben würde den Raum dafür öffnen, dass versorgungsepidemiologische Aspekte für die Budgetverhandlungen an Bedeutung gewinnen.

Inhalt

1	Ausgangspunkt.....	9
2	Frage- und Aufgabenstellung der Untersuchung im Kontext der aktuellen Diskussion	11
3	Rahmensetzung für die Durchführung der Untersuchung.....	13
4	Spezifikation der Methoden: Umsetzung in für die Budgetverhandlungen relevante Parameter und Übertragung der Regionalergebnisse auf Krankenhäuser	17
4.1	Vorbereitung der Methodenspezifikation durch Expertengespräche	17
4.2	Methodenspezifikation 1: Umsetzung in für die Budgetverhandlungen relevante Parameter	19
4.3	Methodenspezifikation 2: Übertragung der Regionalergebnisse auf Krankenhäuser	24
4.4	Anforderungen an Verhandlungsdaten, krankenhausbezogene Auswertungen	34
4.5	Auswirkungen auf die Budgetverhandlungen	36
5	Exemplarische Umsetzung auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK.....	41
5.1	Schritt 1: Prüfung und Auswahl von Krankheitsgruppen	41
5.2	Schritt 2: Bestimmung verlagerungssensitiver Parameter der Inanspruchnahme	42
5.3	Schritt 3: Quantifizierung der Parameter	45
5.4	Schritt 4: Aufarbeitung der ambulanten Angebotsstrukturen und Behandlungsmöglichkeiten.....	50
5.5	Schritt 5: Regionalauswahl	51
5.6	Schritt 6: Aufschlüsselung nach Krankenhäusern, Bestimmung von „Ziel-Krankenhäusern“	53
5.7	Schritt 7: Zielbildung auf der Grundlage von Vergangenheitswerten und Prognosen	55
5.8	Schritt 8: Zuordnung zu den „Ziel-Krankenhäusern“	58
	Anhang.....	63

1 Ausgangspunkt

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (nachfolgend ZI) und die BARMER GEK haben AGENON Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH im Rahmen eines Forschungs- und Entwicklungsvorhabens damit beauftragt, die kleinräumige Quantifizierung von Verlagerungseffekten mit Blick auf die Budgetverhandlungen mit einzelnen Krankenhäuser konzeptionell und exemplarisch anhand ausgewählter Krankheiten auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK empirisch zu untersuchen.

Der Darstellung der Ergebnisse ist zunächst ein Kapitel vorangestellt, in dem die Aufgaben- und Fragestellungen der Untersuchung in den Kontext der aktuellen Diskussion eingeordnet werden (Kapitel 2).

Im nachfolgenden Kapitel 3 wird der Rahmen beschrieben, der dieser Untersuchung von vornherein durch methodische Festlegungen und Festlegungen bezogen auf den Untersuchungszeitraum und die verfügbaren Daten gesetzt war.

In Kapitel 4 werden die im Rahmen der Untersuchung entwickelten konzeptionellen Grundlagen und Methoden für die Übertragung von Verlagerungssachverhalten auf kleinräumige Ebenen bis auf die Ebene einzelner Krankenhäuser dargestellt. Die Entwicklung von Grundlagen und Methoden berücksichtigt die Ergebnisse einer Befragung von Experten der BARMER GEK für die Budgetverhandlungen, die in Kapitel 4.1 zusammengefasst sind. Die Methodendarstellung bezieht sich zum einen auf die Umsetzung von Verlagerungseffekten in für Budgetverhandlungen relevante Parameter (Kapitel 4.2), zum anderen auf das Vorgehen, über das die relevanten Parameter quantifiziert und schließlich einzelnen Krankenhäusern zugeordnet werden (können) (Kapitel 4.3). Die Anforderungen an Verhandlungsdaten, die sich aus den Methoden ableiten lassen, sind in Kapitel 4.4 beschrieben. Auf die Auswirkungen, die sich mit Blick auf die Budgetverhandlungen ergeben, insbesondere hinsichtlich der erforderlichen Verfügbarkeit von Daten, einen Perspektivenwechsel in der Verhandlungsführung und als erforderlich anzusehende Anpassungen in den nachgelagerten Konfliktlösungsmechanismen und –verfahren wird in Kapitel 4.5 eingegangen.

Auftragsbestandteil war, die entwickelten Konzeptionen und Methoden anhand von Daten, die von der BARMER GEK aus ihren Datenbeständen extrahiert und für die Untersuchung zur Verfügung gestellt worden sind, exemplarischen für jeweils drei gemeinsam ausgewählte Krankheitsgruppen und Kreisregionen umzusetzen. Die Ergebnisse dieser Umsetzung werden in Kapitel 5 berichtet.

Auf ein Fazit wird verzichtet. Hier kann auf die Executive Summary verwiesen werden, die diesem Bericht vorangestellt ist.

2 Frage- und Aufgabenstellung der Untersuchung im Kontext der aktuellen Diskussion

Intersektorale Leistungsverlagerungen spielen in der öffentlichen Diskussion immer wieder eine große Rolle. Zunehmende Bedeutung kommt ihnen für die Vergütung zu: Intersektorale Leistungsverlagerungen (stationär nach ambulant und vice versa) sind – neben weiteren Faktoren - gemäß § 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V in der vertragsärztlichen Vergütung bei der Vereinbarung des Behandlungsbedarfs durch die Krankenkassen bzw. ihre Verbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen zu berücksichtigen. Für die Verhandlungen zur Vergütung mit Krankenhäusern sind Verlagerungen ebenfalls von hoher Bedeutung.

Allerdings bereiten empirische Nachweise für in der Vergangenheit erfolgte Verlagerungen wie auch die Abschätzung der zukünftig zu erwartenden Verlagerungseffekte Probleme. Das hängt auch damit zusammen, dass der Stand des Wissens zur Thematik insgesamt betrachtet gering ist. Die komplexen Zusammenhänge und Wechselspiele zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sind bislang nur wenig untersucht und transparent.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) in den zurückliegenden Jahren mehrfach mit der Frage befasst, wie intersektorale Verlagerungseffekte mit hinreichender Zuverlässigkeit *überhaupt* quantifiziert werden können und dazu mehrere Untersuchungen beauftragt.

Im Zusammenhang damit ist eine weitere Fragestellung in den Blickpunkt des Interesses gerückt: Geht man davon aus, dass Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Bereich vergangenheitsbezogen quantifiziert werden können und der für die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) maßgebende Behandlungsbedarf entsprechend angepasst (bzw. erhöht) wird, ergeben sich für die Krankenkassen höhere Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung. In der Konsequenz ist zu fragen: Inwieweit und unter welchen Voraussetzungen werden bzw. können diese Mehrausgaben nun durch Minderausgaben (respektive eine entsprechende Dämpfung der aus anderen Gründen insgesamt steigenden Ausgaben¹) für den stationären Sektor kompensiert werden?

Insgesamt ist - mit Konsequenzen für diese Untersuchung - zu beachten, dass sich die Ausgangskonstellation für die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten einerseits für die Vereinbarungen zur MGV und andererseits für Vereinbarungen zu krankenhausindividuellen Erlösbudgets in zweierlei Hinsicht voneinander unterscheidet:

¹ Insbesondere wegen der Grundlohnsummensteigerung und Mehrleistungen.

a) Zeitlicher Bezug der Vergütungsvereinbarungen

- Für die Vereinbarungen zur MGV dominiert bei der Berücksichtigung von Verlagerungseffekten eine in zeitlicher Hinsicht versetzte Perspektive. Verlagerungseffekte, die bereits stattgefunden haben, bilden die Basis für eine Anpassung des Behandlungsbedarfs der MGV für die Folgeperiode. Entsprechend steht hier im Blickpunkt des Forschungsinteresses die Frage, wie in rückwärtsgewandter Perspektive erfolgte Verlagerungseffekte zuverlässig „gemessen“ werden können.
- Den Vereinbarungen krankenhausindividueller Erlösbudgets liegt dagegen eine andere, dem Bereich der extrabudgetär vergüteten vertragsärztlichen Leistungen (EGV-Leistungen) vergleichbare Logik zugrunde. Leistungen werden so, wie sie erbracht und abgerechnet werden, bezahlt. Verlagerungen bislang stationär behandelte Patienten in den ambulanten Sektor bedeuten weniger stationäre Fälle, die entsprechend auch nicht abgerechnet werden (können). Eine Berücksichtigung von Verlagerungseffekten ist in den Verhandlungen aufgrund der Erlösausgleichsregelungen dennoch von Bedeutung - im Unterschied zu dem von der MGV erfassten ambulanten vertragsärztlichen Leistungsgeschehen allerdings in einer auf das Budgetjahr und damit auf die Zukunft ausgerichteten Perspektive. Entsprechend steht hier im Blickpunkt des Interesses die Frage, welche Verlagerungseffekte zukünftig mit welcher Wirkung für das einzelne Haus zu erwarten sind und wie - auch mit Blick auf die Schiedsstellen und ggf. nachgelagerte Sozialgerichtsverfahren - dargestellt werden kann, dass diese Verlagerungen tatsächlich realisiert werden können.

b) Populationsbezug der Vergütungsvereinbarungen

- Bei den Vereinbarungen zur MGV ist das Wohnortprinzip durchgängig realisiert. Für die Berücksichtigung von Verlagerungseffekten, die für Populationen nach dem Wohnortprinzip ermittelt werden, besteht mithin kein Übertragungsproblem.
- Budgetverhandlungen werden dagegen typischerweise aus einer einzelbetriebsbezogenen Perspektive heraus geführt: Es wird von den Patienten (Fallzahlen und DRGs) ausgegangen, die vom Krankenhaus behandelt worden sind. Für Verlagerungseffekte, die für Populationen nach dem Wohnortprinzip ermittelt werden, entsteht somit das Problem, wie diese in die betriebsbezogene Perspektive „umgesetzt“ werden können.

3 Rahmensetzung für die Durchführung der Untersuchung

Die zentrale Fragestellung der Untersuchung ist, wie Verlagerungen von der stationären in die ambulante Versorgung bis auf die Ebene einzelner Krankenhäuser mit Blick auf die Budgetverhandlungen quantitativ bestimmt werden können. Für die Bearbeitung war von vornherein festgelegt, dass von definierten Krankheitsgruppen ausgegangen werden sollte.

Ausgangspunkt sollten die sogenannten „Deutschen Morbiditätsgruppen“ (nachfolgend kurz: DM-Gruppen) sein, wobei es sich um eine Gruppierung von Krankheiten gemäß dem ICD-Katalog in insgesamt 360 Gruppen handelt².

Für die Untersuchung sollten exemplarisch drei DM-Gruppen ausgewählt werden. Die Zuordnung der Versicherten zu den DM-Gruppen sollte so erfolgen, dass jeder Versicherte der BARMER GEK, für den in einem Jahr mindestens einmal eine DM-Diagnose im Kontext einer stationären Behandlung als Haupt- oder Nebendiagnose und/oder eine DM-Diagnose im Kontext der ambulanten Behandlung mit dem Zusatzvermerk „G“ (für gesichert) kodiert worden ist, der betreffenden DM-Gruppe zugeordnet wird. Diese Vorab-Festlegungen haben zur Folge, dass - je nach Spektrum der Behandlungsdiagnosen eines Versicherten - ein Versicherter gleichzeitig mehreren DM-Gruppen zugeordnet sein kann (wenn für ihn im jeweils betrachteten Jahr Diagnosen kodiert worden sind, die definitionsgemäß in verschiedene DM-Gruppen fallen).

Im Verlauf der Untersuchung wurden seitens der BARMER GEK aus den vorhandenen Grunddatenbeständen Daten zu den stationären und den ambulanten Fällen und Gebührenordnungspositionen für die drei exemplarisch ausgewählten DM-Gruppen bzw. für sämtliche diesen DM-Gruppen zugeordneten Versicherten für die Jahre 2008, 2009 und 2010 extrahiert und zugänglich gemacht.

Damit ist der vorab festgelegte Rahmen dieser Untersuchung bezogen auf die Untersuchungskollektive und die Datengrundlagen beschrieben. Für die Einordnung der Untersuchung soll außerdem auf zwei wichtige Aspekte hingewiesen werden:

- Ziel ist es nicht, wissenschaftlich die Frage zu untersuchen oder empirisch zu beantworten, ob und in welchem Umfang im betrachteten Zeitraum und im Einzelfall *tatsächlich* Verlagerungen von dem stationären in den ambulanten Sektor erfolgt sind. Dieser Frage ist in anderen vom

² Die DM-Gruppen haben die Grundlage für die Auswahl von 80 Krankheiten für den Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA) gebildet.

ZI beauftragten Studien nachgegangen worden, auf die an dieser Stelle verwiesen wird³.

- Ebenso wenig ist es Aufgabe dieser Untersuchung, Fragen genereller Art - bspw. wie tragfähig bzw. wie zuverlässig die Kodierqualität im ambulanten wie auch im stationären Bereich ist - wissenschaftlich und empirisch fundiert zu beantworten. Dafür wären spezifische Untersuchungsdesigns erforderlich, deren Entwicklung und Umsetzung nicht zur Aufgabe dieser Untersuchung gehören. Auch hierzu kann auf die Ergebnisse mittlerweile vorliegender Untersuchungen verwiesen werden⁴.

In Kapitel 2 wurde herausgearbeitet, dass Budgetverhandlungen typischerweise aus einer hausbezogenen Perspektive heraus geführt werden. Dabei stehen die vom Krankenhaus erbrachten und für die Zukunft geplanten Leistungen bzw. Fälle (auf DRG-Basis) im Fokus. Aus welchen Regionen die Patienten kommen, spielt dabei bislang keine oder nur eine untergeordnete Rolle.

Der Zugang über Möglichkeiten der empirischen Analyse für Fragestellungen, wie die hier vorliegende, legt dagegen eine stärker populationsbezogene Herangehensweise nahe.

Mit der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor sind letztlich Fragen nach der Veränderung der Arbeitsteilung zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor berührt, die sich im Zeitverlauf ergeben.

Bezogen auf kleinräumige (Versorgungs-) Regionen und darauf ausgerichtete Analysen sind hier zwei Aspekte von zentraler Bedeutung:

- Über kleinräumige Versorgungsregionen hinweg betrachtet, verlaufen Veränderungen in der Arbeitsteilung ambulant-stationär nicht zeitgleich und vollständig gleichmäßig.
- Veränderungen in der Arbeitsteilung ambulant-stationär führen zu veränderten Versorgungsabläufen von denen vor allem die Menschen betroffen sind, die in der jeweiligen Region leben.

Für die Budgetverhandlungen liegt es deshalb nahe, sich zum einen auf regionale Unterschiede in der Arbeitsteilung ambulant-stationär zu beziehen und zum anderen dabei empirisch von der Versorgung derjenigen Menschen auszugehen, die in der betreffenden Region leben.

³ Vgl. dazu von Stillfried, D, Czihal, T, Jansen, K: Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten – Ein Beitrag zur Methodik der Messung von Verlagerungseffekten und grobe Abschätzung der Bedeutung, in: Gesundheitswesen 2011; 73: 124 -133.

⁴ Vgl. dazu Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES): Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK, Berlin 3. Dezember 2012.

Je nach regionaler Konstellation im Einzelfall überlagern sich hausbezogene Perspektive und bevölkerungsbezogener Zugang unterschiedlich stark. Die Krankenhäuser in einer Region versorgen in der Regel nicht nur Patienten mit Wohnort in der Region, sondern auch Patienten mit Wohnort in angrenzenden Regionen, und im Fall von Schwerpunkten mit überregionaler Versorgungsfunktion auch Patienten aus entfernter gelegenen Regionen. Diesem Umstand muss bei der Aufbereitung des empirischen Materials für die Budgetverhandlungen Rechnung getragen werden.

Darüber hinaus muss das Problem gelöst werden, wie Veränderungen, die zunächst für die Versorgung einer Population festgestellt und/oder angestrebt werden, auf die Krankenhäuser in einer Region „herunter gebrochen“ werden können.

Diese beiden zuletzt genannten Punkte bilden die zentralen methodischen Herausforderungen der Untersuchung.

4 Spezifikation der Methoden: Umsetzung in für die Budgetverhandlungen relevante Parameter und Übertragung der Regionalergebnisse auf Krankenhäuser

4.1 Vorbereitung der Methodenspezifikation durch Expertengespräche

Um abzusichern, dass die erforderlichen methodischen Spezifikationen und ihre nachfolgende Umsetzung abgestimmt auf die Praxis und Erfordernisse von Budgetverhandlungen erfolgen, wurden vorbereitend Expertengespräche mit erfahrenen Budgetverhandlern der BARMER GEK geführt. Um das Expertengespräch möglichst zielgerichtet führen zu können, wurde dazu ein vorbereitendes Papier inklusive eines Fragenkataloges erarbeitet und den Experten vorab zur Verfügung gestellt.

Die Ergebnisse der Expertengespräche können wie folgt (Übersicht 1) zusammengefasst werden:

Übersicht 1: Ergebnisse der Expertengespräche zur Vorbereitung der Methodenspezifikation

E1 Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor spielen in der gegenwärtigen Praxis der Budgetverhandlungen praktisch keine Rolle

Gründe:

Verhandelt wird erst, wenn der Landesbasisfallwert (LBFW) feststeht. Das ist in der Regel frühestens im Februar/März des Budgetjahres (Budgetjahr = Jahr, auf das sich das verhandelte Erlösbudget bezieht) der Fall. Soweit der LBFW per Schiedsstellenentscheid festgesetzt wird, noch später.

In der Regel werden Budgetverhandlungen auch aus diesem Grunde erst im Verlauf des Budgetjahres, oftmals nach der Sommerpause und dann bis in den Herbst hinein und nicht prospektiv (vor Beginn des Budgetjahres) geführt.

Das Erlösbudget wird dann ermittelt, indem die bis zum Verhandlungszeitpunkt im Budgetjahr bereits erfolgte Leistungsentwicklung als Aufsattpunkt gewählt wird, von dem aus auf das Ende des Budgetjahres hochgerechnet wird.

Soweit Ergebnisse aus sekundären Fehlbelegungsprüfungen (= zu lange Verweildauer) sowie Erkenntnisse zu Kodierauffälligkeiten vorliegen, werden diese bei der Hochrechnung berücksichtigt.

Bei dem Versuch, sekundäre Fehlbelegung (= stationär behandelt, aber kein stationäres Behandlungserfordernis) einzubeziehen, geraten Krankenkassen auf Einzelfallebene in die Nachweispflicht. Dieser Nachweis ist für einzelne Fälle – nachdem die Krankenkassen ja bereits die Möglichkeit hatten (und noch haben), „kritische“ Fälle durch den MDK prüfen zu lassen – im Nachhinein praktisch ohne Erfolgsaussicht.

- E2 Auch in Schiedsstellenverfahren spielen Verlagerungen stationär nach ambulant derzeit keine Rolle
-

Gründe:

Da auch ein Schiedsstellenentscheid beklagt werden kann, orientieren sich Schiedsstellenvorsitzende an „harten“ Fakten, Fakten also, die ohne jeden Zweifel feststehen und entsprechend nachgewiesen werden können. „Harte“ Fakten in diesem Sinne sind Fälle, die vom jeweiligen Krankenhaus nachweislich behandelt worden sind, respektive bereits erfolgte Fallzahlentwicklungen. Der Versuch, in Schiedsstellenverfahren bereits erfolgte Fallzahlentwicklungen eines Hauses bzw. darauf aufsetzende und plausibel hinterlegte Ergebnisse von Hochrechnungen oder darauf aufsetzende, gut begründete Forderungspositionen für dieses Haus anzugreifen, ist deshalb in der Regel nicht erfolgversprechend.

- E3 Empirische Befunde gleich welcher Art, über die Erlösminderungen geltend gemacht werden sollen, müssen sich zuletzt auf konkrete DRGs beziehen.

Das ergibt sich daraus, dass die Forderungspositionen der Krankenhäuser basierend auf DRG-Fallzahlen formuliert werden und diese auch Basis für die Leistungsstrukturgespräche bilden, die den Budgetverhandlungen vorausgehen.

- E4 Befunde aus anderen Regionen, in denen weniger Fälle stationär behandelt werden, können in spezifischen Konstellationen verhandlungsunterstützende Funktion haben.

Die Nachweisführung sollte sich so eng wie möglich an Fakten orientieren. Je mehr Annahmen den Berechnungsergebnissen zugrundeliegen, umso weniger Relevanz kommt ihnen in Schiedsstellenverfahren oder gerichtlichen Auseinandersetzungen zu. Die Berechnungsverfahren sollten möglichst einfach und auch für Laien gut nachvollziehbar sein.

Gründe:

Ein Beispiel für eine spezifische Konstellation bilden Fälle, in denen einzelne Krankenhäuser Mehrforderungen erheben, die sich nicht aus der bisherigen Leistungsentwicklung heraus begründen lassen. In solchen Fällen kann es den Erfolg in einem Schiedsstellenverfahren unterstützen, wenn für eine vergleichbare Region der Nachweis geführt werden kann, dass dort bereits gegenwärtig bzw. in der jungen Vergangenheit weniger Fälle stationär behandelt werden bzw. worden sind. Gleichzeitig wäre es wichtig, dann für die ambulante Behandlung bereitstehende Behandlungskapazitäten darstellen zu können.

In Schiedsstellenverfahren spielt grundsätzlich die Justiziabilität der Begründungen und die Art der Nachweisführung eine große Rolle. Sie nimmt ab, je weiter sich die Begründungen und die Nachweisführung von tatsächlich feststellbaren Größen (den tatsächlich behandelten Fällen) entfernt und je komplexer es ist, die Berechnungen, auf die sich eine Argumentation stützt, und die dahinterstehenden Annahmen nachzuvollziehen.

E5 Die Genehmigungsbehörde hat eine Aufsichtsfunktion, die sich ausschließlich auf die Frage der Rechtmäßigkeit von Budgetabschlüssen und Schiedsstellenentscheiden beschränkt, nicht aber auf Mengen.

E6 Die Einbettung von prospektiv ausgerichteten Erlösminderungen aufgrund erwarteter/intendierter Verlagerungseffekte in umfassendere, ggf. auch mit dem Land abgestimmte Ansätze (bspw. nach dem Muster des Berliner Kardiologie-Konzeptes), ist im Konfliktfall erfahrungsgemäß nicht hinreichend justiziabel.

Gründe:

Eine rechtliche Grundlage, auf der Erlösminderungen aufgrund von erwarteten/intendierten Verlagerungen ggf. auch letztinstanzlich durchgesetzt werden können, besteht nicht.

Im Übrigen wird das Krankenhaus argumentieren, dass bedingt durch Verlagerungen entfallende Fälle auch nicht in Rechnung gestellt werden können und somit ja auch nicht vergütet werden müssen.

E7 Bedingt durch die Anforderung der Justiziabilität sind insbesondere folgende Ansätze erfolgversprechend:

- Vorgaben mit rechtsverbindlichem Charakter zu Fallkonstellationen, in denen eine stationäre Behandlung ausdrücklich nicht angezeigt ist. Ausnahmen davon sind klar und hinreichend nachprüfbar definiert.
 - Für DRGs wird die Vergütung so bemessen, dass eine stationäre Leistungserbringung für ambulant behandelbare Fälle betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll ist.
-

Quelle: eigene Darstellung

4.2 Methodenspezifikation 1: Umsetzung in für die Budgetverhandlungen relevante Parameter

Die Ergebnisse der Expertengespräche weisen darauf hin, dass für die Budgetverhandlungen ein Problem besteht, das über den Kontext methodischer Fragestellungen und Fragen der Datenaufbereitung weit hinaus reicht. Offenbar richten sich die Schiedsstellen und nachgehend die Sozialgerichte stark an der bisherigen Leistungsentwicklung eines einzelnen Hauses aus. Weil eine tragfähige rechtliche Grundlage nicht besteht, erwartete/intendierte Verlagerungen prospektiv erlösmindernd in die Verhandlungen einzubringen, werden auch empirisch gut unterlegten Versu-

chen, verlagerungsbedingte Erlösminderungen prospektiv geltend zu machen, nur in speziellen Konstellationen Erfolgsaussichten eingeräumt.

Andererseits kann auch nicht erwartet werden, dass sich die bisherige Praxis ändert, wenn die methodischen Grundlagen nicht hinreichend entwickelt und die Ergebnisse ihrer Umsetzung nicht aktiv in die Verhandlungskontexte eingebracht werden. Insofern kommt der Methodenentwicklung und ihrer exemplarischen Umsetzung als vorbereitende Arbeit Bedeutung zu.

Ein anderer Aspekt, der es problematisch erscheinen lässt, Verlagerungssachverhalte in den Budgetverhandlungen geltend zu machen, bildet der Umstand, dass die Budgetverhandlungen (den Experten zufolge) in der Regel nicht prospektiv ausgerichtet sind. Damit zeichnen Budgetverhandlungen mehr eine Leistungsentwicklung nach, die bereits stattgefunden hat, als dass sie für Leistungsentwicklungen auf der Vergütungsseite prospektiv einen Rahmen setzen (könnten). Den Experten zufolge hängt dies ursächlich mit der relativ späten Vereinbarung des LBFW zusammen, so dass hier ein Regelungsbedarf an anderer Stelle zu konstatieren ist.

Aus den Ergebnissen der Expertengespräche ist für die Spezifikation der Methoden zur Umsetzung der Berechnungsergebnisse in für die Budgetverhandlungen relevante Parameter insbesondere von Relevanz:

- Auf DM-Gruppen bezogene Fallzahlaggregate bzw. für diese Aggregate berechnete Veränderungsrate bilden keine für die Budgetverhandlungen geeigneten bzw. relevanten Parameter (vgl. Übersicht 1, E3). Die Budgetvereinbarungen beruhen maßgeblich auf differenziert nach einzelnen DRG abgerechneten bzw. geplanten Leistungsmengen. Ein DM-Gruppen bezogenes Fallzahlaggregat ist in dieser Hinsicht zu unspezifisch, da sich in dieser Aggregatgröße alle empirisch vorfindbaren DRG aller Versicherten finden, die einer DM-Gruppe zugeordnet sind – entsprechend breit aufgefächert wird sich das DRG-Spektrum darstellen, aus dem sich die aggregierte Größe zusammensetzt. Für die methodische Spezifikation bedeutet das, dass für den Anwendungszweck Budgetverhandlungen auf die Ebene konkreter DRG „gewechselt“ werden muss.
- Für die Budgetverhandlungen sollte idealerweise auf andere Regionen Bezug genommen werden können, in denen nachweislich bereits gegenwärtig weniger Fälle stationär versorgt werden. Eine Bezugnahme auf dort bestehende ambulante Behandlungsmöglichkeiten und der Nachweis für eine erhöhte ambulante Behandlungsintensität wären zudem wünschenswert (vgl. Übersicht 1, E4).
- Um die Forderungen nach verlagerungsbedingten Erlösminderungen in den Häusern mit Standort in der Verhandlungsregion zu begründen, wäre außerdem nachzuweisen, dass auch hier krankenhausersetzende ambulante Kapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten verfügbar und für die Patienten erreichbar sind (vgl. Übersicht 1, ebenfalls E4).

Vor diesem Hintergrund ist aus methodischer Sicht das folgende Vorgehen zur Umsetzung der Berechnungsergebnisse in für Budgetverhandlungen relevante Parameter zweckmäßig:

Schritt 1:
Auswahl von Krankheitsgruppen

Wie oben ausgeführt bedingt die Art und Weise der Fallzahlfeststellung auf DM-Gruppenebene, dass nicht von vornherein davon ausgegangen werden kann, dass ein stationärer Fallzahlrückgang im Beobachtungszeitraum aus einem Rückgang bzw. einer Verlagerung bei Behandlungsanlässen resultiert, die zur Zuordnung in die betreffende DM-Gruppe geführt haben.

Die Auswahl von DM-Gruppen sollte sich für die weitere Bearbeitung deshalb auf solche Gruppen konzentrieren, in denen Krankheiten bzw. ICD „gebündelt“ sind, für die aus medizinischer und versorgungsstruktureller Hinsicht eine ambulante anstelle einer stationären Behandlung grundsätzlich möglich und plausibel ist.

Hierzu bestehen unterschiedliche Zugänge, u. a.:

- Empirischer Zugang: Abstellen auf Ergebnisse aus Fehlbelegungsprüfungen des MDK (was eine Klassifikation der von den MDK-Gutachtern festgestellten Fehlbelegungen voraussetzt)
- Normativer Zugang: Anknüpfen an verfügbare Listen bzw. Indikationsgruppen ambulant-sensitiver Krankenhausfälle⁵
- Zugang über Innovationen in den Versorgungsprozessen und -strukturen, z. B.:
 - Zugang über den Katalog ambulant durchführbarer Operationen nach § 115b SGB V
 - anderweitige Zugänge, über die auf unterschiedlichen Wegen und mehr oder minder direkt eine Stärkung des ambulanten Sektors gegenüber dem stationären Sektor erreicht werden soll (DMP, SAPV, Onkologie-Vereinbarungen, Ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V, Ausbau von durch Schwerpunktpraxen getragenen spezialisierten Versorgungsstrukturen u.a.m.)

Außerdem sollten die für die weitere Untersuchung auszuwählenden DM-Gruppen erstens in medizinischer Hinsicht möglichst eindeutig sein und zweitens eine hohe Prävalenz haben, damit für die weiteren Analysen auch auf regionaler Ebene noch eine hinreichende Fallzahl erwartet werden kann.

⁵ Vgl. dazu etwa Sundmacher, L, Busse, R: Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle, in: Klauber, J, Geraedts, M, Friedrich, J, Wasem, J (Hg): Krankenhaus-Report 2012, Stuttgart 2012, S. 183 – 202.

Außerdem wäre für die Analyse direkter Verlagerungseffekte anzustreben, dass Gebührenordnungsziffern (GOP) der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung identifizierbar sind, die möglichst ausschließlich im Fall der ambulanten Behandlung der betrachteten Krankheitsgruppe erbracht werden.

Schritt 2:

Spezifikation von verlagerungssensitiven Parametern der Inanspruchnahme

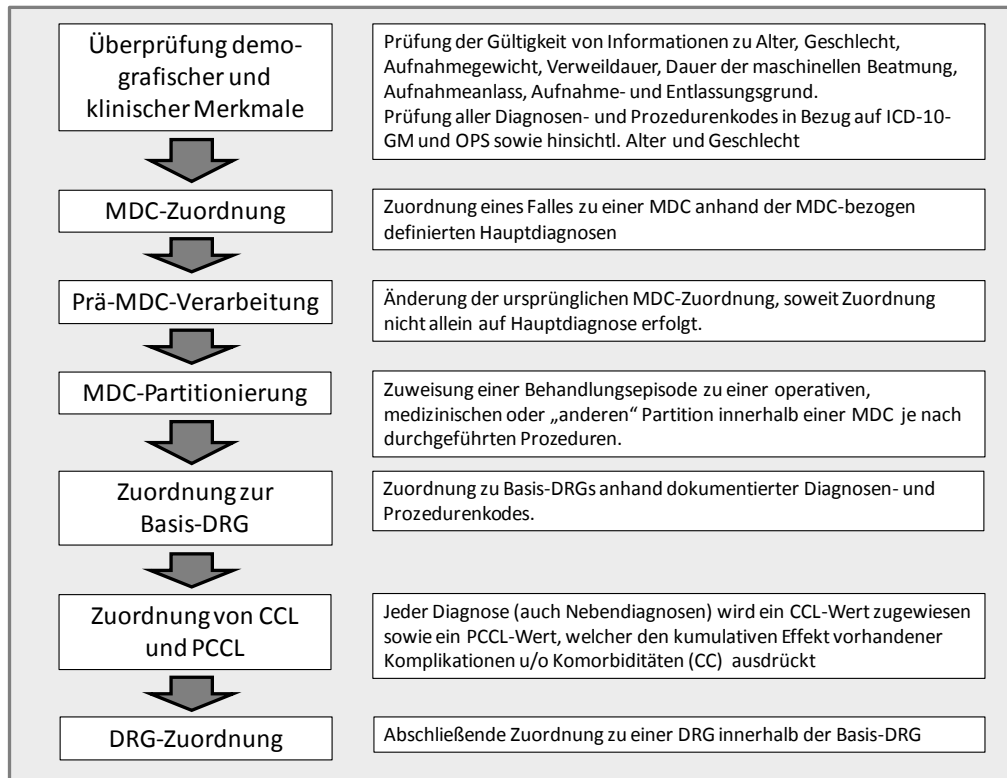
Im zweiten Schritt sind diejenigen DRGs sowie GOPs (EBM-Ziffern) und ggf. OPS zu spezifizieren, die bei der Behandlung der jeweils ausgewählten Krankheit als verlagerungssensitiv einzustufen sind.

Für die Spezifikation von in diesem Sinne primär relevanten DRGs ist die im Grouper hinterlegte Gruppierungslogik zu beachten, nach der neben der Hauptdiagnose weitere Merkmale für die Zuordnung zu einer konkreten DRG maßgeblich sind (vgl. Abbildung 1): Alter, Nebendiagnosen, Schweregrad und Prozeduren.

Für die Auswahl ist von Belang, dass die Zuordnungsalgorithmen zum Teil von hoher Komplexität sind und dazu führen, dass ein und dieselbe (Haupt-) Diagnose – je nach Konstellation der zuordnungsrelevanten Informationen - in verschiedene DRG führen kann. In vielen Fällen werden sich für eine als prinzipiell verlagerungssensitiv erachtete Hauptdiagnose Konstellationen finden, die eine ambulante Behandlung aus medizinischen Gründen ausschließen, z.B. weil sich aus vorliegenden Komorbiditäten und/oder Komplikationen ein PCCL-Wert ergibt oder ein akuter Zustand zugrunde liegt, der eine stationäre Behandlung zwingend erforderlich macht (z.B. Herzinfarkt, schwere Infektion = Sepsis etc.). Dennoch kann eine „sekundäre Verlagerung“, nämlich die Vermeidung solcher Zustände, durch eine aufmerksame Versorgung im Vorfeld möglich sein (z. B. rechtzeitige Reaktion durch verbessertes Monitoring).

Außerdem wird der DRG-Katalog kontinuierlich von Jahr zu Jahr weiterentwickelt. Im Rahmen dieser Weiterentwicklungen werden bestehende DRGs angepasst oder gestrichen und neue DRGs definiert. Konsequenz dieses Veränderungsprozesses für eine mehrere Jahre übergreifende Analyse verlagerungssensitiver DRGs ist, dass jeweils geprüft werden muss, ob sie im betrachteten Zeitraum von Katalogveränderungen betroffen sind. Ggf. müssen Fälle zurückliegender Jahre jeweils auf den DRG-Katalog des aktuellsten Jahres umgruppiert werden.

Abbildung 1: Gruppierung in DRG



Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage G-DRG-Version 2010 Definitionshandbuch Kompaktversion

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung kommen als Parameter der Inanspruchnahme grundsätzlich Behandlungsfälle und abgerechnete GOPs in Betracht. Ein Behandlungsfall ist hier definiert als Quartalsfall. Zu jedem Quartalsfall werden alle Diagnosen übermittelt, die der behandelnde Arzt kodiert hat. Welche der kodierten Diagnosen im Einzelfall Anlass für die Behandlung war, lässt sich den übermittelten Daten nur in spezifischen Konstellationen entnehmen. Ein dem stationären Bereich vergleichbarer enger Zusammenhang zwischen Diagnose im Sinne von Behandlungsdiagnose und Behandlungsfall lässt sich hier in der Regel nicht herstellen. Das gilt auch für die übermittelten GOPs. Auch hier lässt sich nur in spezifischen Konstellationen ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Anlass für die Behandlung und der Erbringung bzw. Abrechnung einer bestimmten GOP herstellen. Zu beachten ist außerdem, dass der Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) seit der zum 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Reform einen hohen Pauschalierungsgrad aufweist. Von den Pauschalen erfasste Leistungen sind z. T. obligatorische Leistungsinhalte, z. T. sind sie fakultativ. Darüber hinaus sind die Regeln zu beachten, nach denen eine bestimmte GOP nicht neben einer anderen berechnungsfähig ist. Damit eine Auszählung von GOPs überhaupt interpretierbar ist, müssen mithin die jeweils relevanten Abrechnungsbestimmungen berücksichtigt werden.

**Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter**

Im dritten Schritt sind die als verlagerungssensitiv identifizierten Parameter der Inanspruchnahme bis auf die für Budgetverhandlungen bzw. die einzelnen Krankenhäuser relevanten Regionen hinab zu quantifizieren.

Diese regionalen Ergebnisse sind populationsbezogen. Sie bilden den Ausgangspunkt für das weitere Vorgehen, in dem es gilt, diese Ergebnisse in den Kontext von Budgetverhandlungen mit Krankenhäusern einzubetten (vgl. dazu nachfolgendes Kapitel 4.3).

**Schritt 4:
Aufarbeitung der ambulanten Angebotsstrukturen und Behandlungsmöglichkeiten**

Aus den Expertengesprächen hat sich außerdem ergeben, dass es im Hinblick auf verlagerungsbedingte Erlösminderungen von Bedeutung ist, krankenhausersetzende ambulante Kapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten darzustellen. Das gilt sowohl für die Vergleichsregionen, als auch für die Verhandlungsregion. Folglich wäre es erforderlich, die ambulanten Angebotsstrukturen und Behandlungsmöglichkeiten für die Budgetverhandlungen aufzubereiten.

4.3 Methodenspezifikation 2: Übertragung der Regionalergebnisse auf Krankenhäuser

Ausgangspunkt für die hier zu klärenden Fragestellungen bilden im Ergebnis der zuvor beschriebenen Arbeiten

- Informationen zu den stationären Fallzahlen auf DRG-Basis für definierte Erkrankungen in verschiedenen aufeinanderfolgenden Jahren sowie
- Informationen zur korrespondierenden Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung für die definierten (und für die stationäre Behandlung über DRGs abgebildeten) Erkrankungen.

Diese Informationen liegen den Krankenkassen für jeden einzelnen Versicherten vor und können über seinen Wohnort für regional verschieden definierte Populationen zusammengefasst werden: für das Bundesgebiet insgesamt, für einzelne Bundesländer sowie für kleinere regionale Einheiten (Land- und Stadtkreise).

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, wie diese Informationen für die Budgetverhandlungen mit einem Krankenhaus genutzt werden können. Im Anschluss an die beschriebenen Schritte 1 bis 4 sind dazu die folgenden vier weiteren Schritte erforderlich:

Schritt 5: Regionalauswahl

Auf der oben beschriebenen Informations- bzw. Datengrundlage sollen „auffällige“ Regionen identifiziert bzw. geeignete regionale Populationen bestimmt werden.

„Auffällig“ sind im Sinne dieser Untersuchung typischerweise Regionen bzw. Populationen, die (nach Adjustierung) in rückwärtsgewandter Betrachtung eine vergleichsweise *hohe* stationäre Fallzahl bei vergleichsweise *geringer* ambulanter Behandlungsintensität aufweisen⁶.

Die Annahme nennenswerter regionaler Unterschiede ist dabei nicht unrealistisch, sondern nach dem heutigen Stand der Kenntnis zu erwarten. Deutliche regionale Unterschiede haben bislang alle Untersuchungen aufgezeigt, die dieser Frage bezogen auf konkrete Leistungen oder für Behandlungsfälle in Krankenhäusern nachgegangen sind⁷.

Schritt 6: Aufschlüsselung nach Krankenhäusern, Bestimmung von „Ziel-Krankenhäusern“

In diesem Schritt sind Krankenhäuser zu identifizieren und auszuwählen, für die zu erwartende Verlagerungen von stationär nach ambulant als erlösmindernder Faktor in die Budgetverhandlungen eingebracht werden soll („Ziel-Krankenhäuser“).

Die für die zurückliegenden Zeiträume vorliegenden Ist-Fallzahlen für Regionalpopulationen werden dazu zunächst je Krankenhaus bestimmt (Aufschlüsselung nach Krankenhäusern).

Für unsere Untersuchung naheliegende Auswahlkriterien wären insbesondere relevante Fallzahlen und/oder ein bedeutender Anteil an der Versorgung der „auffälligen“ Regionalpopulation. Ein weiteres naheliegendes Kriterium wäre – soweit diese Information im Einzelfall vorliegt – ein vergleichsweise hoher Anteil „leichter“ Fälle. Jenseits dieser Kriterien können andere Gründe Motiv dafür sein, auch Krankenhäuser mit nur geringen Fallzahlen und/oder geringen Versorgungsanteilen als „Ziel-Krankenhäuser“ zu bestimmen⁸.

⁶ Im Projekt ist bislang z. T. implizit davon ausgegangen worden, dass für die weiteren Untersuchungsschritte Regionen bzw. Regionalpopulationen im Blickpunkt des Interesses stehen, für die ein genau umgekehrter empirischer Befund vorliegt.

⁷ Vgl. dazu etwa im Internet zugängliche Ergebnisse des „Faktenchecks Gesundheit“ der Bertelsmann-Stiftung (<https://faktencheck-gesundheit.de>).

⁸ Z. B. ist es nicht untypisch, dass „Argumente“ aus verschiedenen Themenfeldern gesammelt werden, um ein Verhandlungsziel in einem ganz anderen Themenfeld zu erreichen, dem insgesamt eine höhere Bedeutung zugemessen wird.

Je nach Auswahlkriterium sind weitere Berechnungen erforderlich (z. B. um den Anteil eines Krankenhauses an der Versorgung der Population mit den hier relevanten Leistungen zu bestimmen).

Schritt 7:

Zielbildung auf der Grundlage von Vergangenheitswerten und Prognosen

Für die Zielbildung - zunächst bezogen auf die Regionalpopulation - ist basierend auf den Vergangenheitswerten eine Prognose der erwarteten Fallzahlen für das Budgetjahr (das ist das Jahr, für das die Erlösbudgets mit den Krankenhäusern vereinbart werden) erforderlich. Anhand der Prognose werden die Fallzahlen für die Regionalpopulation bestimmt, die im Budgetjahr - im Unterschied zum Vorjahr - nicht mehr in der stationären Behandlung anfallen sollen.

Es ist nicht Fragestellung dieser Untersuchung, wie diese Prognose im Einzelnen zu Stande kommt. Prognosen der oben angenommenen Art liegen beispielsweise der regionalen Krankenhausplanung durch die Länder zu Grunde – allerdings nicht durchgängig bis auf die Ebene von Kreisregionen und nicht bezogen auf einzelne DRGs. Solange derartige prognostische Bezugspunkte fehlen, wird man in den Verhandlungen stärker auf regionale Unterschiede abstellen (müssen), die für bereits abgeschlossene Zeiträume belegt werden können.

Für die für das Budgetjahr prognostizierten Fälle wird der Case Mix (als entfallender Case Mix bzw. als Erlösminderung) bestimmt. In Abhängigkeit davon, wie die stationäre Behandlung der betrachteten Erkrankung im Einzelfall in DRGs „übersetzt“ ist, wird man zweckmäßigerweise unterschiedliche Schweregrade berücksichtigen.

Schritt 8:

Zuordnung zu den Ziel-Krankenhäusern

Im letzten vorbereitenden Schritt für die Budgetverhandlungen werden die in Schritt 7 bestimmten Fallzahlen bzw. ihr Case Mix den Krankenhäusern zugeordnet.

Diese Zuordnung kann auf unterschiedliche Weise erfolgen: Soweit entsprechende Informationen vorliegen, kann bei der Verteilung insbesondere berücksichtigt werden, ob und wieweit alternative ambulante Behandlungsangebote im Haupteinzugsgebiet des betrachteten Krankenhauses liegen.

Wenn Informationen für eine sachlich begründete Differenzierung der von den Krankenkassen angestrebten Erlösminderung nicht zur Verfügung stehen, kommen in Betracht:

- Pauschale Zuordnung je Standort (= entfallender/zusätzlicher Case Mix der betrachteten Population dividiert durch die Anzahl der Kran-

kenhäuser, die diese Leistungen für diese Population bisher erbracht haben);

- je Standort gewichtete Zuordnung (= entfallender/zusätzlicher Case Mix der betrachteten Population mal bisheriger Case Mix des Krankenhauses für diese Population dividiert durch bisheriger Case Mix aller Krankenhäuser für diese Population gesamt).

Im Hinblick auf mögliche Schiedsstellenverfahren wird man sachlich begründeten Differenzierungen den Vorzug einräumen. Soweit das nicht möglich ist, wird man je Standort gewichteten Zuordnungen den Vorzug vor pauschalen Zuordnungen je Standort geben.

Zum besseren Verständnis des beschriebenen Vorgehens werden die Schritte 5 bis 8 nachfolgend an einem Beispiel illustriert. Um das Beispiel nicht zu überfrachten, wurde dabei auf eine exemplarische Umrechnung von Fallzahlen in Case Mix verzichtet. Aus dem gleichen Grund wird für das Beispiel darauf verzichtet, die erforderlichen Adjustierungen darzustellen. Anders formuliert: Im Beispiel wird davon ausgegangen, dass die Populationen in ihrer Struktur gleich sind.

Beispiel**Schritt 5:
Regionalauswahl**

Für die Verhandlungen zum Erlösbudget mit Krankenhäusern in einer Region (im Folgenden der Kreisregion A) sind Fallzahlen für als verlagerungsrelevant erachtete DRGs (im Folgenden den DRGs A, B und C) für unterschiedliche geografische Einheiten (Bund, Länder bzw. KV-Bezirke, Gemeinde- bzw. Kreisebene) und für aufeinanderfolgende Zeiträume (den Jahren 2009, 2010 und 2011) verfügbar. Gleiches gilt für ambulante Fallzahlen.

Tabelle B-1

Bund ges.			
Jahr	2009	2010	2011
Verlagerungssensitive DRG-Fälle (DRGs A, B und C)	180.000	172.000	163.000
Veränderung ggü. Vorjahr		-4,4%	-5,2%
Ambulante Fälle	350.000	375.000	410.000
Veränderung ggü. Vorjahr		7,1%	9,3%
Nachrichtlich Bevölkerung	81.800.000	81.750.000	81.800.000
Versorgungsquote stationär pro 100T EW	220	210	199
Versorgungsquote ambulant pro 100T EW	428	459	501
Bundesland A			
Jahr	2009	2010	2011
Verlagerungssensitive DRG-Fälle (DRGs A, B und C)	12.500	12.500	11.500
Veränderung ggü. Vorjahr		0,0%	-8,0%
Ambulante Fälle	23.000	24.000	26.500
Veränderung ggü. Vorjahr		4,3%	10,4%
Nachrichtlich Bevölkerung	5.000.000	4.900.000	4.850.000
Versorgungsquote stationär pro 100T EW	250	255	237
Versorgungsquote ambulant pro 100T EW	460	490	546
Alle anderen Bundesländer			
Jahr	2009	2010	2011
Verlagerungssensitive DRG-Fälle (DRGs A, B und C)	167.500	159.500	151.500
Veränderung ggü. Vorjahr		-4,8%	-5,0%
Ambulante Fälle	327.000	351.000	383.500
Veränderung ggü. Vorjahr		7,3%	9,3%
Nachrichtlich Bevölkerung	76.800.000	76.850.000	76.950.000
Versorgungsquote stationär pro 100T EW	218	208	197
Versorgungsquote ambulant pro 100T EW	426	457	498

Auf Bundesebene hat die Krankenhausfallhäufigkeit bei den verlagerungssensitiven DRG-Fällen gemäß Tabelle B-1 über die Jahre 2009, 2010 und 2011 kontinuierlich abgenommen. Im Bundesland A ist die Abnahme der stationären Fallzahlen nur 2011 gegenüber 2010 erkennbar, wobei die Versorgungsquote stationär (Fälle je 100.000 Einwohner, nachfolgend Fälle je 100T EW) auch im Jahr 2011 noch relativ deutlich über dem bundesdurchschnittlichen Wert liegt (und entsprechend dem Wert aller anderen Bundesländer).

Die Fallzahlen der ambulanten Behandlung der hier betrachteten Erkrankung zeigen die gegenläufige Entwicklung (Zunahme). Ein entsprechendes Bild zeigt sich bei den ambulanten Versorgungsquoten je 100T EW.

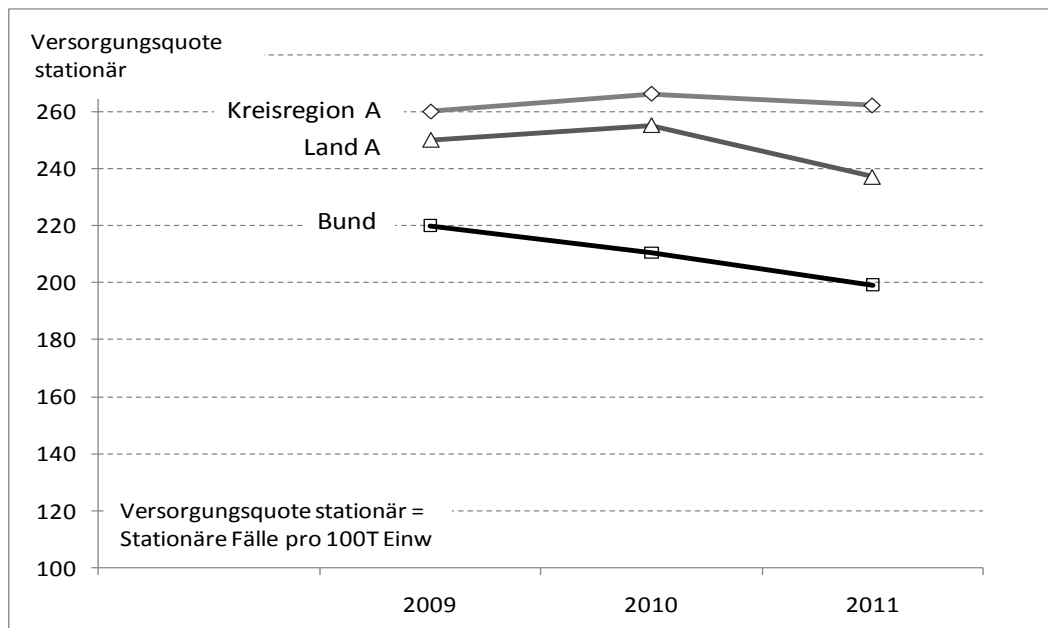
Tabelle B-2 zeigt die entsprechenden Werte für die Kreisregion A im Bundesland A und zum Vergleich die Werte für alle anderen Kreisregionen in diesem Bundesland.

Tabelle B-2

Kreisregion A im Bundesland A			
Jahr	2009	2010	2011
Verlagerungssensitive DRG-Fälle (DRGs A, B und C)	650	660	650
Veränderung ggü. Vorjahr		1,5%	-1,5%
Ambulante Fälle	1.100	1.150	1.200
Veränderung ggü. Vorjahr		4,5%	4,3%
Nachrichtlich Bevölkerung	250.000	248.000	248.000
Versorgungsquote stationär pro 100T EW	260	266	262
Versorgungsquote ambulant pro 100T EW	440	464	484

Alle anderen Kreisregionen im Bundesland A			
Jahr	2009	2010	2011
Verlagerungssensitive DRG-Fälle (DRGs A, B und C)	11.850	11.840	10.850
Veränderung ggü. Vorjahr		-0,1%	-8,4%
Ambulante Fälle	21.900	22.850	25.300
Veränderung ggü. Vorjahr		4,3%	10,7%
Nachrichtlich Bevölkerung	4.750.000	4.652.000	4.602.000
Versorgungsquote stationär pro 100T EW	249	255	236
Versorgungsquote ambulant pro 100T EW	461	491	550

Abbildung B-1



Quelle: AGENON Berlin

In der Kreisregion A ist mithin die für alle anderen hier betrachteten geografischen Gebiete zu beobachtende Entwicklung offensichtlich noch nicht „angekommen“: Nach einer Zunahme der verlagerungssensitiven DRG-Fälle im Jahr 2010 ist für das Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010 zwar eine leichte Abnahme festzustellen; das Niveau der stationären Fälle erreicht im Jahr 2011 aber wieder das Niveau der Fallzahlen im Jahr 2009. Die Versorgungsquote ist gegenüber dem Jahr 2009 sogar leicht gestiegen. Im Vergleich zu den anderen Kreisregionen im Bundesland A liegt sie (noch) deutlich höher, im Vergleich zum Bundesdurchschnitt liegt sie sogar sehr viel höher (im Jahr 2011 bei 262 Fällen je 100T EW gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 199 Fällen je 100T EW).

Die empirischen Ergebnisse zeigen auch, dass die stationäre Versorgungsquote im Bundesland A - und viel deutlicher noch in der Kreisregion A - über der in anderen Bundesländern liegt (und damit notwendigerweise auch über der in vielen anderen Kreisregionen Deutschlands bereits erreichten deutlich niedrigeren Versorgungsquote; vgl. Abbildung B-1)⁹.

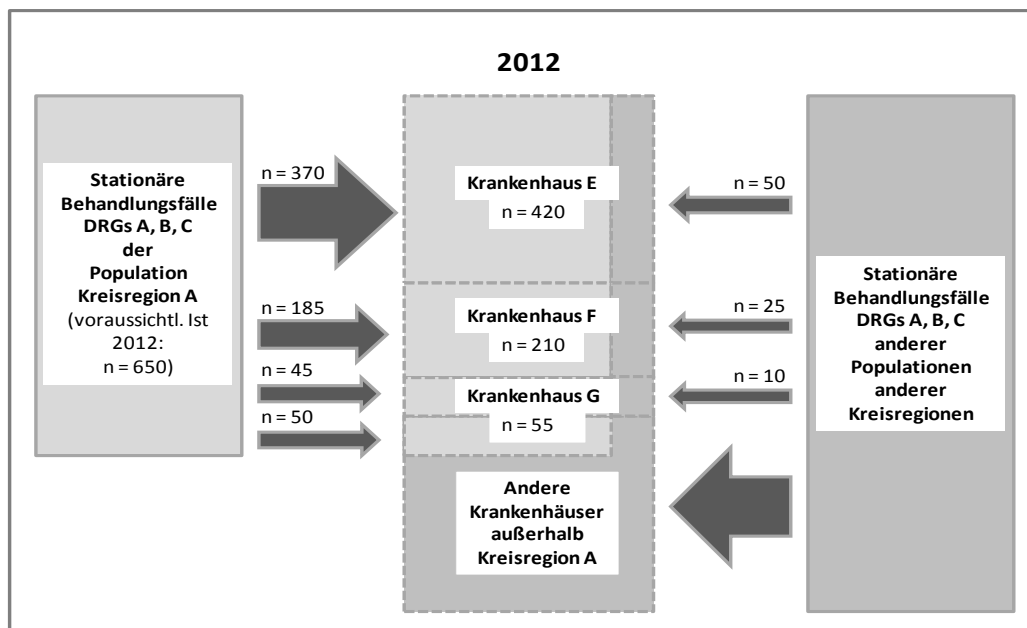
Schritt 6:

Aufschlüsselung nach Krankenhäusern, Bestimmung von „Ziel-Krankenhäusern“!

Unter der Annahme, dass drei Krankenhäuser mit Standort in Kreisregion A für Kreispopulation A Leistungen gemäß den DRGs A, B und C erbringen, zeigt die populationsbezogene Aufschlüsselung auf die Krankenhäuser E, F, G und alle sonstigen Krankenhäuser gemäß dem voraussichtlichen Ist für das Jahr 2012 eine Verteilung der Fallzahlen bei den verlagerungssensitiven DRGs wie in Abbildung B-2.

Demnach kommt Krankenhaus E mit einem Anteil von knapp 57 Prozent die höchste Bedeutung in der Region für die Versorgung von Kreispopulation A bei den verlagerungssensitiven DRGs A, B und C zu. Krankenhaus F hat gegenüber Krankenhaus E 50 Prozent weniger Fälle bzw. einen Versorgungsanteil an allen Fällen (nur Summe DRGs A, B und C) der Kreispopulation von 28,5 Prozent. Krankenhaus G ist mit 45 Fällen für die Versorgung der Kreispopulation mit Leistungen gemäß den DRGs A, B und C weniger bedeutend (knapp 7 Prozent aller Fälle der Kreispopulation). 50 Fälle werden in anderen Krankenhäusern mit Standort außerhalb von Kreisregion A versorgt (7,7 Prozent).

Abbildung B-2



Quelle: AGENON Berlin

Die Auswahl von Krankenhäusern, für die in den anstehenden Budgetverhandlungen eine Erlösminderung für die DRGs A, B und C eingefordert werden soll (= „Ziel-Kranken-

⁹ Um in einer Budgetverhandlung ggf. dem Argument zu begegnen, dass die Abweichungen rein zufallsbedingt sind, kann ein Vertrauensintervall um den zum Vergleich herangezogenen Durchschnittswert gebildet werden.

häuser“), erfolgt nach dem Kriterium „Versorgungsanteil an allen Fällen der DRGs A, B und C im Jahr 2012 größer-gleich 25 Prozent“.

Schritt 7: Zielbildung auf der Grundlage von Prognosen

Prognosen gehen im hier gewählten Beispiel davon aus, dass die stationären Behandlungshäufigkeiten im Ergebnis des Jahres 2012 im Bundesdurchschnitt weiter abgenommen haben. Im Jahr 2013 wird diese Entwicklung den Prognosen zufolge auf einem Niveau von 185 Fällen je 100T EW vorläufig zum Abschluss gekommen sein. Als Prognose für die Bevölkerung des Landes A wie auch für die Bevölkerung der Kreisregion A ergibt sich ausgehend von dem hohen Niveau auch für das Jahr 2013 ein Rückgang der stationären Behandlungshäufigkeiten, wobei der Rückgang in Kreisregion A der Prognose zufolge deutlich stärker ausfallen wird (vgl. Abbildung B-3).

Bislang ist die Perspektive noch eine populationsbezogene. Die für Budgetverhandlung erforderliche Übertragung von populationsbezogen vorliegenden Ergebnissen in die Verhandlungen mit einem Krankenhaus wird wie folgt weiter entwickelt.

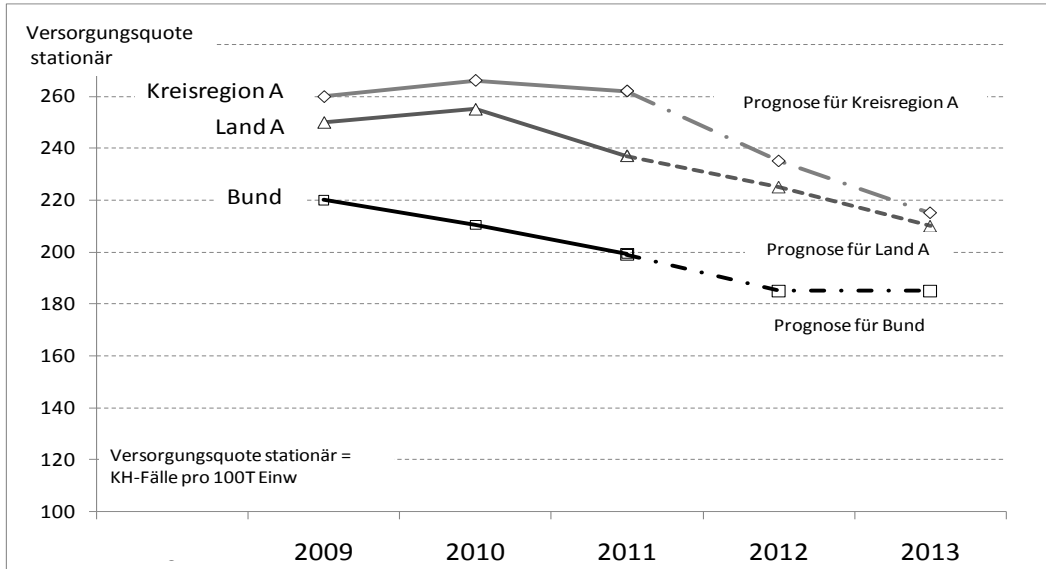
Es wird angenommen, dass sich für die Budgetverhandlungen mit Krankenhäusern für das Jahr 2013 eine Konstellation ergibt, wie in Abbildung B-4 dargestellt.

Zum Zeitpunkt der Verhandlungsaufnahme ermitteln die Krankenkassen ausgehend von den Abrechnungshäufigkeiten der betrachteten verlagerungssensitiven DRGs A, B und C die voraussichtlichen Ist-Fallzahlen für das Jahr 2012 für die Population der Kreisregion A und berechnen daraus eine Versorgungsquote von 262 Fällen pro 100T EW. Die Versorgungsquote 2012 liegt damit deutlich über der (hier unveränderten) Prognose für die Kreisregion A.

Für das Jahr 2013 planen die Krankenhäuser nun auf der Basis ihrer einzelwirtschaftlichen Kalküle für die DRGs A, B und C Mengensteigerungen gegenüber dem Vorjahr. Die Krankenkassen berechnen aufgrund der Forderungen, dass sich daraus für die Kreispopulation A eine Fallzahl für das Jahr 2013 von 670 Fällen ergeben würde. Umgerechnet würde das einer Versorgungsquote von 270 Fällen je 100T EW entsprechen.

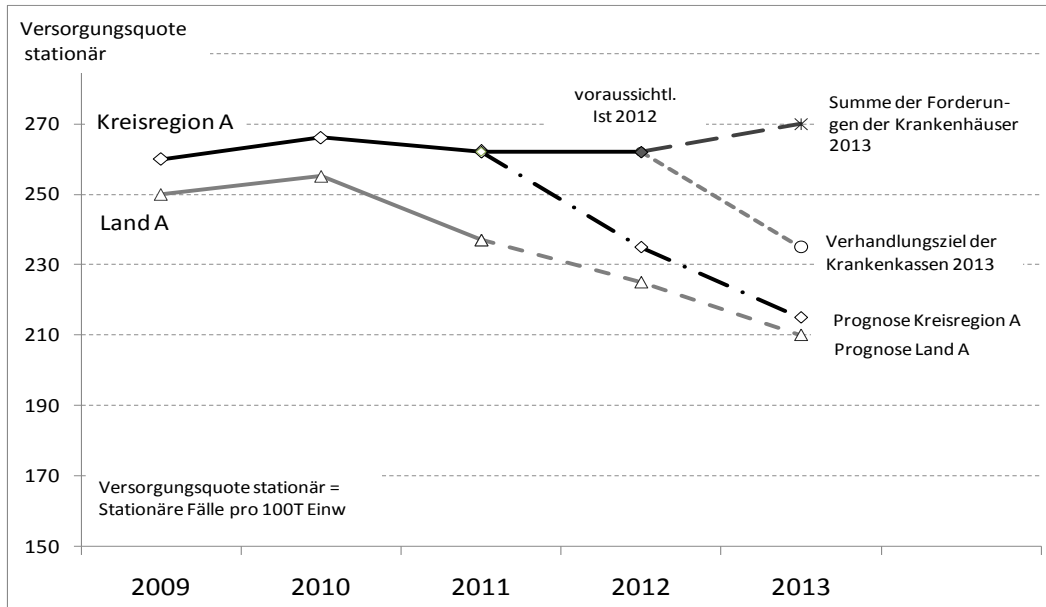
Die Krankenkassen setzen sich demgegenüber das Verhandlungsziel, summarisch über alle die Population der Kreisregion A versorgenden Krankenhäuser hinweg zu einer deutlichen Absenkung der DRG-Fallzahlen für Kreispopulation A zu gelangen. Es soll ein Verhandlungsergebnis erzielt werden, das umgerechnet einer - sowohl gegenüber dem voraussichtlichen Ist für das Jahr 2012 als auch gegenüber der Summe der Forderungen der Krankenhäuser - abgesenkten Versorgungsquote in Höhe von 235 Fällen je 100T EW entspricht.

Abbildung B-3



Quelle: AGENON Berlin

Abbildung B-4



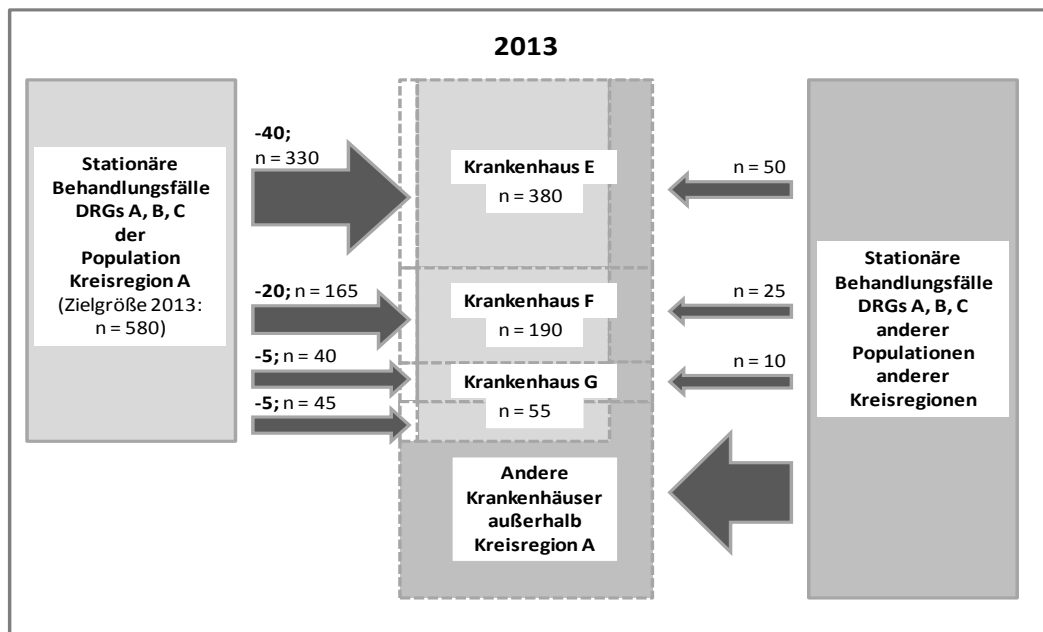
Quelle: AGENON Berlin

**Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Krankenhäusern“**

Dass nicht mehr 262 Fälle je 100T EW stationär behandelt werden sollen, sondern nur noch 235 Fälle entspricht einem Rückgang von 70 Fällen gegenüber dem voraussichtlichen Ist für das Jahr 2012 (von 650 Fällen in 2012 auf 580 in 2013). Damit liegt die Ziel-Versorgungsquote für Kreispopulation A noch um 35 Fälle pro 100T EW über der Versorgungsquote Bund, die bereits im Jahr 2011 realisiert worden ist, und auf dem Niveau, das im Bundesland A bereits in 2011 erreicht worden ist.

Im Weiteren wird angenommen, dass die Anzahl der Behandlungsfälle anderer Kreispopulationen in den regionalen Krankenhäusern E, F und G konstant bleibt. Das Minus von 70 Fällen wird zunächst hausbezogen gewichtet nach Versorgungsanteilen der DRGs A, B und C im Jahr 2012 auf die Krankenhäuser E, F, G und alle anderen Krankenhäuser übertragen. Das Ergebnis zeigt Abbildung B-5.

Abbildung B-5



Quelle: AGENON Berlin

Entsprechend dem Auswahlkriterium „Versorgungsanteil an allen Fällen der DRGs A, B und C im Vorjahr größer-gleich 25 Prozent“ streben die Krankenkassen in den Budgetverhandlungen für die Krankenhäuser E und F nun eine Erlösminderung für die DRGs A, B und C an.

Einschränkend ist dabei festzuhalten: Das gewählte Beispiel geht von einer Krankheit mit einer Behandlungsprävalenz in einer Größenordnung aus, die - ausgedrückt in verlagerungssensitiven DRGs – annahmegemäß noch darstellbare regionale Unterschiede zeigt und auch bezogen auf einzelne Krankenhäuser von einer hinreichenden Relevanz ist. Bei Krankheiten mit einer geringeren Behandlungsprävalenz werden rasch Werte erreicht, für die das nicht mehr gilt.

4.4 Anforderungen an Verhandlungsdaten, krankenhausbegzogene Auswertungen

Auf der Grundlage der methodischen Konzeptionen (Kapitel 4.2 und 4.3) und unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den Experten-Gesprächen (Kapitel 4.1) werden nunmehr die Anforderungen an die Verhandlungsdaten formuliert. Anschließend wird auf die erforderlichen krankenhausbegzogenen Auswertungen eingegangen.

Anforderungen an die Verhandlungsdaten

Die empirischen Basismaterialien für die Integration populationsbezogener Parameter in die Budgetverhandlungen mit dem einzelnen Krankenhaus sollten sich in Ihrer Gestaltung an den Unterlagen orientieren, die schon bisher die Grundlage für die Budgetverhandlungen mit dem Krankenhaus bilden.

Hier ist die zentrale Unterlage für die Verhandlungen über die erbrachten bzw. zu erbringenden Leistungen die Tabelle „E1 Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus (Katalog)“, kurz *E1-Tabelle* genannt. Sie enthält in den einzelnen Zeilen für jede DRG, die vom verhandelnden Krankenhaus in der laufenden Periode in Rechnung gestellt worden ist oder deren Erbringung für das Budgetjahr vom Krankenhaus geplant ist, 16 Parameter, von denen die „Fallzahl gesamt“ die wichtigste ist. Weitere Parameter beziehen sich insbesondere auf die „Verlegungen“, die „Kurzlieger“ und die „Langlieger“.

Analog zum Aufbau der E1-Tabelle sollte die Verhandlungsunterlage für jede einzelne DRG die folgenden Parameter enthalten. Dabei findet eine Reduktion auf diejenigen DRGs statt, die für die verlagerungsbedingten Veränderungen relevant sind.

Die ersten drei Parameter (K1, K2 und K3) beziehen sich auf die Fälle des Krankenhauses insgesamt:

K1	Zahl der stationären Fälle des Krankenhauses (Fallzahl) im letzten abgeschlossenen Jahr (t-2) (absolut)
K2	Zahl der stationären Fälle im laufenden Jahr (t) (absolut) Wenn man davon ausgeht, dass die Verhandlung prospektiv, also im Jahr vor dem Budgetjahr geführt wird, ist der Wert auf der Grundlage des Vorjahresergebnisses und der aus der Anzahl der im laufenden Jahr bereits erbrachten Leistungen geschätzt (identisch mit den Angaben in der Spalte 2 der E1-Tabelle)
K3	Änderung der Fallzahl insgesamt (Budgetjahr (t) ./.. laufendes Jahr (t-1)) (absolut) Es ist die Summe der Veränderungen, die sich aus den Veränderungen in den einzelnen Regionen im Einzugsbereich des Krankenhauses ergeben (siehe im Folgenden A4, B4, ..., S4).

Die nun folgenden Parameter beziehen sich auf die Regionen im Einzugsbereich des Krankenhauses. Die Region A ist die Region, auf die der größte Teil der Leistungen des Krankenhauses entfällt.

A1	Fallzahl des Krankenhauses, die für die Einwohner der Region A im Jahr (t -1) erbracht werden (absolut)
A2	Anteil dieser Fälle (A1) an der Zahl der Fälle für die Einwohner der Region A im Jahr (t-1) (in %) Abgebildet wird der Anteil, den das Krankenhaus am stationären Versorgungsgeschehen für die Einwohner der Region A hat.
A3	Änderung der Zahl stationärer Fälle für die Einwohner der Region A insgesamt (Budgetjahr (t) ./.. laufendes Jahr (t-1)) (absolut) Es handelt sich um das Ergebnis der Prognose für die Region A über die Veränderung der Fallzahl, die auf die Verlagerung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor zurückgeführt wird.
A4	Änderung der Zahl stationärer Fälle für die Einwohner der Region A, die vom verhandelnden Krankenhaus erbracht werden sollen (Budgetjahr (t) ./.. laufendes Jahr (t-1)) (absolut) Es geht darum, welcher Anteil an der Veränderung in der Region A in der Budgetplanung dem verhandelnden Krankenhaus zugerechnet werden soll. Das Ergebnis hängt von dem gewählten Zuordnungsmodell (siehe Kapitel 4.1) ab. Wird das Modell gewählt, dass entsprechend den Anteilen am Versorgungsgeschehen in der Region A im Jahr (t-1) zugeordnet wird, ergibt sich der Wert für A4 als $A2 \cdot A3 / 100$.

Analog zu den aufgeführten Parametern für die Region A werden entsprechende Parameter für die weiteren Regionen B, C, ... aufgeführt, für deren Einwohner das Krankenhaus wesentliche Teile seines Leistungsvolumens erbringt. In einer Restgruppe S werden alle Regionen zusammengefasst, auf die nur sehr geringe Leistungsanteile entfallen.

Kern der Tabelle ist Parameter K3. Auf die Darstellung aller anderen Werte kann verzichtet werden, wenn sich die Verhandlungspartner vorher auf das Verfahren zur Prognose der bevölkerungsbezogenen Parameter und auf das Zuordnungsmodell geeinigt haben. Auf dieser Grundlage kann der Wert K3 rechnerisch ermittelt werden.

Krankenhausbezogene Auswertungen

Aus diesen Anforderungen an die Verhandlungsdaten können die krankenhausbezogenen Auswertungen abgeleitet werden.

Erforderlich sind folgende Falldaten:

- Identifikationsnummer des Krankenhauses
- Region – Wohnort des Patienten
- DRG des Falles (bei Psychiatrie: Hauptdiagnose)
- Altersgruppe und Geschlecht des Patienten

Sofern die Auswertungen auf der Grundlage des Datenbestandes erfolgen, der sich auf der Grundlage des § 21 FPG ergibt, können die Daten

der amtlichen Bevölkerungsstatistik (nach Kreisen) für die Erstellung des Populationsbezugs verwendet werden. Sofern auf einen anderen Datenbestand Bezug genommen wird, z.B. die Daten der BARMER GEK, ist es erforderlich, die Zahl der Versicherten regionalisiert nach Alter und Geschlecht vorzuhalten.

4.5 Auswirkungen auf die Budgetverhandlungen

Anwendungsmöglichkeiten der entwickelten Methoden

Das beschriebene Verfahren ist *grundsätzlich* geeignet, ausgehend von Populationen regionale Auffälligkeiten in der stationären Versorgung sichtbar zu machen und für Budgetverhandlungen bis auf die Ebene des einzelnen Krankenhauses zu quantifizieren. Der Sachverhalt „Verlagerung stationär - ambulant“ kann zu einem der Argumente ausgebaut werden, über die es möglich wird, die Positionierung der Kassen für Budgetverhandlungen systematisch zu begründen. Andere Argumente können beispielsweise entwickelt werden, indem die Indikationsstellung für operative Eingriffe hinterfragt wird. So zeigen z. B. die Erstimplantationen von Knie-Totalendoprothesen große regionale Unterschiede, die auch nach Adjustierung verbleiben¹⁰. Überzeugende epidemiologische Begründungen gibt es dafür bislang nicht.

Wechsel in der Verhandlungsperspektive

Das Vorgehen impliziert – zumindest für die als verlagerungsrelevant identifizierten DRGs - einen deutlichen Wechsel in der Verhandlungsperspektive¹¹.

Bislang schlüsseln weder die Krankenhäuser ihre Forderungspositionen nach der Herkunft der Fälle auf, noch entwickeln die Krankenkassen - den Expertengesprächen folgend (siehe Kapitel 4.1) - ihre Verhandlungsposition systematisch aus einer populationsbezogenen Sicht. Aus dieser Perspektive müssen zunächst die Fälle einer betrachteten Population und die Verteilung dieser Fälle auf die einzelnen Krankenhäuser untersucht und davon ausgehend die hausbezogenen Verhandlungsstrategien formuliert werden¹².

Diese Problematik kann (auch mit Blick auf die spätestens für Schiedsstellenverfahren und ggf. nachgehende Sozialgerichtsverfahren erforderli-

¹⁰ Vgl. <https://faktencheck-gesundheit.de/fakten-zum-gesundheitswesen/> interaktive-karten-zu-regionalen-unterschieden/knieoperationen/

¹¹ Vgl. dazu auch Bohm, S, Schröder W F: Reformbedarf der regionalen Krankenhausplanung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Heft 4/2012, S. 22.

¹² Als gewisser übergreifender Bezugs- oder Orientierungspunkt für die hausbezogenen Verhandlungen dient den Krankenkassen die Summe des Case Mix für alle Krankenhäuser in einem Bundesland, die bei den Vereinbarungen zum Landesbasisfallwert eine wichtige Rolle spielen.

che Konsistenz in der Nachweisführung) nur dadurch aufgelöst werden, dass die Krankenkassen ihre Verhandlungsposition (zumindest) für die als verlagerungssensitiv identifizierten DRGs - wie im Beispiel dargestellt - ausgehend von populationsbezogenen Ergebnissen entwickeln.

Veränderte Anforderungen an die Wissens- und Datengrundlagen für Budgetverhandlungen und an die Krankenhausverhandler

In jedem Fall erforderlich werden regional differenzierte Darstellungen zu den Ist-Fallzahlen für Populationen in vergangenen Zeiträumen sowie Prognosen zu den für Regionalpopulationen erwarteten Fallzahlen der verlagerungssensitiven DRGs sein. Letztere liegen bislang nicht vor.

Für „auffällige“ Regionen wäre idealerweise aufzuzeigen,

- dass in der Region verhältnismäßig viele verlagerungssensitive stationäre Behandlungsfälle zu beobachten sind (im adjustierten Vergleich zum Bundesgebiet, im Vergleich mit anderen Regionen),
- dass aus versorgungsepidemiologischer Perspektive für die betrachtete Population nicht mit einem Anstieg der stationären Behandlungshäufigkeiten zu rechnen ist, der die geplanten Fallzahlen der Krankenhäuser rechtfertigen würde,
- dass die ambulante Behandlungsintensität in der Region noch nicht das Niveau anderer Regionen mit vergleichsweise weniger stationären Behandlungsfällen erreicht hat,
- dass die für eine erhöhte ambulante Behandlungsintensität erforderlichen Kapazitäten regional verfügbar sind.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die komplexen Zusammenhänge und Wechselspiele zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bislang nur wenig transparent sind. Gleichwohl wird es für den Erfolg in Budgetverhandlungen von Bedeutung sein, sich auf Ergebnisse solcher Untersuchungen beziehen zu können.

So wären insbesondere regional differenzierte Studien hilfreich, die den Zusammenhang zwischen Veränderungen in den medizinischen Behandlungszugängen und -ansätzen, den Angebotsstrukturen und Verschiebungen in der Leistungserbringung stationär und ambulant aufzeigen.

Es ergeben sich auch veränderte Anforderungen an die Datengrundlagen und die Datenaufbereitung:

- Kassenarten-übergreifende Zusammenführung der Falldaten unter Ausweis von Regionalmerkmalen und Auswertung für Populationen, Adjustierung;
- Aufbereitung der DRG-Daten auch für abgelaufene, zurückliegende Zeiträume nach Maßgabe des jeweils aktuellen DRG-Kataloges;
- zeitliches Timing der Datenverfügbarkeit (rechtzeitiges und möglichst vollständiges Vorliegen der Fallinformationen);

- ergänzende Aufbereitungen zu den Angebotskapazitäten, die für die ambulante Behandlung zur Verfügung stehen.

Für die Verhandlungen wird man sich außerdem darauf einstellen müssen, dass jeder Begründungszusammenhang und jeder empirische Nachweis seitens der Krankenhäuser angegriffen wird. Ferner, dass mit verschiedenen Argumenten darauf abgestellt werden wird, dass sich Fallzahlrückgänge - so sie überhaupt stattfinden werden – nur bei den anderen Häusern zeigen werden (z. B. weil sie bereits den besten Ruf in der Region haben und ihn durch verschiedene vorgesehene Maßnahmen weiter festigen werden; weil sie über gezielte Maßnahmen ihr Einzugsgebiet vergrößern werden; weil sie bereits in der Vergangenheit nur die schweren und die keinesfalls ambulant behandelbaren Patienten aufgenommen haben, und weitere). Umso mehr wird es darauf ankommen, dass die „Faktenbasis“ solide und belastbar ist. Und es wird darauf ankommen, dass die Budgetverhandler über die erforderliche argumentative Kompetenz verfügen, die eng an die entsprechende fachliche Kompetenz gekoppelt ist (bezogen auf die bei der Nachweisführung verwendeten statistischen Methoden und Verfahren, bezogen auf relevante epidemiologische Zusammenhänge sowie bezogen auf versorgungsinhaltliche und -strukturelle Aspekte).

Anpassungen in den Konfliktlösungsmechanismen

In den Expertengesprächen (Kapitel 4.1) wurde außerdem deutlich, dass es unter den gegenwärtigen rechtlichen und verfahrensmäßigen Rahmenbedingungen – vorsichtig formuliert - schwierig ist, für die Zukunft erwartete Verlagerungseffekte erlösmindernd geltend zu machen. Das gilt erst recht für die Erfolgsaussichten in den für Konfliktfälle vorgesehenen nachgelagerten Verfahren. § 13 Abs. 1 Satz 2 KHEntG bindet die Schiedsstelle an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften. Für den stationären Bereich hat der Gesetzgeber - anders als über § 87a Abs. 4 Nr. 4 SGB V für den vertragsärztlichen Bereich – bislang keine vergleichbar klare Regelung zur Berücksichtigung von (regionalen und populationsbezogenen) intersektoralen Verlagerungen geschaffen. Bezogen auf die Bedeutung solcher Verlagerungen in Budgetverhandlungen besteht mithin für die Schiedsstelle ein „unsicheres Gelände“.

Entsprechend wären die rechtlichen Regelungen für die Budgetverhandlungen (§ 11 KHEntG) und Schiedsstellenverfahren (§ 13 KHEntG und § 18a Abs. 1 KHG) zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Einschränkungen, offene Fragen

Im Beispiel wurde bereits darauf hingewiesen, dass im Hinblick auf die verlagerungssensitiven DRGs Einschränkungen gelten, wenn die Fallzahlen (spätestens auf der Ebene von Kreisregionen) sehr klein werden. Dann sind nämlich für die zu verhandelnden Krankenhäuser bereits im bisherigen Ist nur sehr geringe Fallzahlen gegeben. Diese Problematik besteht auch dann, wenn sehr viele Krankenhäuser die betrachteten

DRGs für eine Population erbringen und im Ergebnis nur wenige Fälle auf die einzelnen Häuser entfallen.

5 Exemplarische Umsetzung auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

5.1 Schritt 1: Prüfung und Auswahl von Krankheitsgruppen

Unter Berücksichtigung der Kriterien gemäß Kapitel 4.2 und nach gemeinsamer Diskussion mit dem ZI und der BARMER GEK wurden für die exemplarische Umsetzung der in Kapitel 4.2 und 4.3 beschriebenen Methoden als Krankheits- bzw. DM-Gruppen ausgewählt:

- aus dem Bereich der onkologischen Erkrankungen:
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane,
- aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen:
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten und
- aus dem Bereich der von DMPs abgedeckten Erkrankungen:
DMG 50 - Diabetes mellitus.

Welche ICD-Ziffern den ausgewählten DM-Gruppen im Einzelnen zugeordnet sind, zeigt Tabelle A-1 in Anhang 1¹³.

Entsprechend den bestehenden Vorab-Festlegungen für diese Untersuchung (siehe Kapitel 3) wurden im Rahmen der Überprüfung der Auswahl für jede DM-Gruppe aus den für dieses Projekt zugänglichen Daten der BARMER GEK diejenigen Versicherten ausgezählt, für die jeweils in den Jahren 2008, 2009 und 2010 eine entsprechende Diagnose der stationären und/oder der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung kodiert worden ist. Für den ambulanten Bereich wurden nur mit dem Zusatz „G“ gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

Im Ergebnis dieser Auszählungen fanden sich im Jahr 2010 für die DMG 30 - *Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane* 74.376 Versicherte der BARMER GEK mit mindestens einer entsprechenden Diagnosekodierung (Tabelle 1). Damit liegt der Anteil deutlich höher, als die vom G-BA ermittelte 5-Jahres Prävalenz dieser Tumore als Grundlage für die Ermittlung der Mindestmengen für die ambulante Behandlung am Krankenhaus nach § 116b SGB V, die nur 0,3% beträgt.

Dagegen liegen die Anteilswerte für die DMG 30 – *Diabetes mellitus* mit 8,44% und für die DMG 179 – *Ischämische Herzkrankheiten* mit 7,14 Pro-

¹³ Für den Fall, dass für eine dieser DM-Gruppen die weiteren Projektarbeit hätte nicht fortgesetzt werden können, wurden außerdem die DM-Gruppen 175 - *Herzinsuffizienz* und 215 – *Asthma bronchiale* ausgewählt. Auf sie wurde jedoch im weiteren Verlauf des Projekts nicht zurückgegriffen.

zent im Jahr 2010 eher im Bereich der Werte, die aus Untersuchungen zur Prävalenz dieser Erkrankungen zu erwarten waren¹⁴.

Tabelle 1: Versicherte der BARMER GEK mit DMG-Diagnose nach DM-Gruppen sowie Anteile an allen Versicherten der BARMER GEK in Prozent 2008, 2009 und 2010

	2008	2009	2010
Versicherte der BARMER GEK	8.835.532	8.838.815	8.895.658
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane			
Versicherte der BARMER GEK mit DMG 30-Diagnose	67.588	71.982	74.376
Anteil an Versicherten der BARMER GEK in vH	0,76%	0,81%	0,84%
DMG 50 - Diabetes mellitus			
Versicherte der BARMER GEK mit DMG 50-Diagnose	673.356	724.301	750.533
Anteil an Versicherten der BARMER GEK in vH	7,62%	8,19%	8,44%
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten			
Versicherte der BARMER GEK mit DMG 179-Diagnose	607.154	623.597	635.246
Anteil an Versicherten der BARMER GEK in vH	6,87%	7,06%	7,14%

Quelle: eigene Berechnungen (e.B.) auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

Nach nochmaliger Abstimmung mit dem ZI und BARMER GEK wurde die exemplarische Untersuchung anhand dieser DM-Gruppen weiter geführt.

5.2 Schritt 2: Bestimmung verlagerungssensitiver Parameter der Inanspruchnahme

Stationäre Versorgung

Aus der Vielzahl der DRGs, die für die Versicherten der jeweiligen DMG-Gruppe abgerechnet wurden, wurde die Auswahl von verlagerungssensitiven DRGs unter dem Gesichtspunkt vorgenommen, ob sie mit hoher Wahrscheinlichkeit in unmittelbarem Zusammenhang mit der Haupterkrankung stehen oder häufig als Folgeerkrankungen auftreten.

Die für diese Untersuchung als verlagerungssensitiv ausgewählten DRGs sind in Anhang 2 aufgeführt¹⁵.

¹⁴ Robert Koch-Institut (Hg): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2010«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin 2012.

Für Versicherte der DM-Gruppe 30 - *Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane* wurden für das Jahr 2010 aus allen verschiedenen abgerechneten DRGs für diese Untersuchung 17 DRGs als verlagerungssensitiv ausgewählt. Nahezu alle dieser DRG weisen eindeutig auf eine bösartige Erkrankung hin. Im Zusammenhang mit der Diagnose einer Neubildung der Verdauungsorgane kann mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die abgerechnete DRG bzw. der DRG-Fall durch die Diagnose einer Neubildung der Verdauungsorgane begründet ist.

Für Versicherte der DM-Gruppe 50 - *Diabetes mellitus* wurden insgesamt 32 DRGs als verlagerungssensitiv ausgewählt. Anders als bei den Neubildungen der Verdauungsorgane beeinträchtigt ein Diabetes mellitus verschiedene Organsysteme, die auch unabhängig vom Diabetes mellitus eigenständig erkranken können. Die Hauptmanifestationen der diabetischen Folgeerkrankungen betreffen das Herz- und Kreislaufsystem, die Nierenfunktion, den Augenhintergrund sowie das Nervensystem. Aus diesem Grunde wurden entsprechende DRGs mit in die Gruppe der verlagerungssensitiven DRGs aufgenommen. So ist z. B. eine Hypertonie deutlich häufiger als der Diabetes mellitus, aber in diesem Zusammenhang wird sie als Folgeerkrankung des Diabetes mellitus angesehen. Ebenso werden periphere Gefäßerkrankungen, Amputationen, Hautulzera und Nierenerkrankungen in diesem Zusammenhang gesehen. Dahinter steht die Annahme, dass eine intensiviertere spezialisierte ambulante Versorgung des Diabetes mellitus viele dieser Folgeerkrankungen vermeiden könnte.

Für Versicherte der DM-Gruppe 179 - *Ischämische Herzerkrankungen* wurden aus allen unterschiedlichen, im Jahr 2010 abgerechneten DRGs 45 als verlagerungssensitiv ausgewählt. Die ausgewählten DRGs stehen mit nur wenigen Ausnahmen eindeutig im Zusammenhang mit ischämischen Herzkrankheiten.

Ambulante Versorgung

Werden Patienten anstelle einer stationären Versorgung ambulant versorgt, kann dies als „direkte Verlagerung“ bezeichnet werden. Von einer „indirekten Verlagerung“ kann gesprochen werden, wenn durch eine intensivere Betreuung und frühzeitige Diagnostik und Therapie eine Verschlechterung des Krankheitsbildes vermieden werden kann, so dass die Betroffenen vollständig in der ambulanten Versorgung verbleiben können.

In beiden Konstellationen ergibt sich definitionsgemäß eine erhöhte Behandlungsintensität in der ambulanten Versorgung.

Auf der Grundlage der Abrechnungsdaten bestehen *prinzipiell* die in Kapitel 4.2 (Schritt 2) angesprochenen zwei Zugänge, eine höhere ambulante

¹⁵ Für die Vorbereitung von konkreten Budgetverhandlungen nach dem hier beschriebenen Verfahrensvorschlag wird man sich in der Praxis auch mit Blick auf mögliche Schiedsstellenverfahren auf entsprechende „Listen“ stützen, die z.B. vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen erarbeitet werden könnten.

Behandlungsintensität empirisch nachzuvollziehen: zum einen über die Analyse von Fallzahlentwicklungen, zum anderen über die Analyse von Mengenentwicklungen bei Gebührenziffern des EBM. Bezogen auf die hier bestehende Definition von „Fall“ und bezogen auf die Interpretationsfähigkeit von Analyseergebnissen sind die im Kapitel 4.2 beschriebenen Einschränkungen zu beachten.

Bei der Analyse von Daten des Jahres 2008 und der unmittelbar darauf folgenden Jahre ist außerdem zu beachten, dass sich die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht nur auf eine vergleichsweise umfassend reformierte EBM-Systematik umstellen mussten. Sie mussten sich auch auf relativ weitreichende Veränderungen in der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nach neuen Maßgaben des Bewertungsausschusses einstellen.

Unter den veränderten Regularien der Honorarverteilung kam u. a. den Behandlungsfallzahlen innerhalb eines Quartals eine größere Bedeutung für die Honorarbemessung zu als zuvor. Für viele Leistungen nahm dagegen die Bedeutung der tatsächlichen Abrechnungsfrequenzen der einzelnen GOPs für das Honorar des einzelnen Arztes ab. Korrespondierend dazu wuchs die Bedeutung derjenigen Leistungen, die ohne Mengenbegrenzungen erbracht werden konnten und zu festen Punktwerten bzw. €-Beträgen vergütet wurden.

Zudem wurden im Nachgang zum Inkrafttreten der Vergütungsreform zum 1. Januar 2008 die Regularien der Honorarverteilung durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses sukzessive nachjustiert.

Zu berücksichtigen ist entsprechend, dass sich die Akteure - hier die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte - in Reformprozessen mit einer unterschiedlichen Geschwindigkeit und in unterschiedlicher Weise an die neuen Bedingungen anpassen.

Inwieweit die hier nur angerissenen Veränderungen der EBM-Systematik und der Honorarverteilung somit konkret zu Anpassungen in der Leistungserbringung und im Dokumentationsverhalten geführt haben, lässt sich nicht zuverlässig einschätzen.

Zusammenfassend muss jedoch festgehalten werden, dass die Ergebnisse der empirischen Analyse der Abrechnungsdaten aus den genannten Gründen mit Zurückhaltung und Vorsicht zu interpretieren sind.

Auch in diesem Arbeitsabschnitt wurde schrittweise vorgegangen. Zunächst wurden zwei Hypothesen formuliert:

- Eine zunehmende Behandlungsintensität in der ambulanten Versorgung zeigt sich in einer engmaschigeren „allgemeinen Betreuung“, d. h. in häufigeren Arztkontakten, Haus- und Heimbesuchen, telefonischer Beratung u. a. m. (nachfolgend als „allgemeine Betreuungsleistungen“ bezeichnet).
- Eine zunehmende Behandlungsintensität in der ambulanten Versorgung zeigt sich außerdem in einer Zunahme spezifischer diagnosti-

scher und therapeutischer Leistungen, die geeignet sind, die betreffenden Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln (nachfolgend als „spezifische Leistungen“ bezeichnet). Bezogen auf die hier betrachteten Krankheitsgruppen gehören dazu Interventionen, wie z. B. Endoskopien, aber auch spezifische Laborleistungen und nuklearmedizinische Untersuchung (z. B. Koloskopie, Untersuchung des Stuhls auf Blut bei Tumoren des Gastrointestinaltraktes, Versorgung eines diabetischen Fußes, Diagnostik und Therapie der diabetischen Retinopathie bzw. Neuropathie, Herzkatheter mit und ohne Stent-implantation, spezifische computergestützte Diagnostik der Herzkranzgefäße).

Abgestimmt auf diese beiden Hypothesen wurden für jede DM-Gruppe im nächsten Schritt GOPs bestimmt, über die eine empirische Überprüfung grundsätzlich möglich erschien.

Im Ergebnis dieses Schrittes sind relativ umfangreiche und für diese DM-Gruppen spezifische Leistungskataloge entstanden. Diese Auswahl wurde in einem dritten Schritt weiter eingegrenzt. Die Eingrenzung wurde unter Konzentration auf diejenigen GOPs vorgenommen, die als in hohem Maße spezifisch für die Versorgung der Krankheiten einer DM-Gruppe angesehen werden können (nachfolgend „hochspezifische Leistungen“). Dieser Gruppe wurden auch die Grund- bzw. Konsiliarpauschalen der relevanten Spezialfachärzte, wie Fachärzte der Inneren Medizin mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie, Gastroenterologie, Kardiologie sowie Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Pathologie zugeordnet.

5.3 Schritt 3: Quantifizierung der Parameter

Stationäre Versorgung

Die Quantifizierung der Parameter für die stationäre Versorgung bis auf die Ebene von Regionen bereitet die Regionalauswahl vor. Zugleich liefert sie Werte für vergleichende Betrachtungen. Zu dem Zeitpunkt, zu dem die Regionalauswahl im Projekt erfolgen musste, lagen die Ergebnisse der Umgruppierung von Krankenhausfällen der Jahre 2008 und 2009 auf den DRG-Katalog des Jahres 2010 noch nicht vor. Ersatzweise wurden deshalb für die DMG-Populationen stationäre Behandlungsfälle nach der Hauptdiagnose (bei Entlassung) ausgewertet und aufbereitet.

Tabelle 2 weist für jede DM-Gruppe die ermittelten stationären Fallzahlen mit Hauptdiagnose entsprechend der jeweiligen DM-Gruppe, den Indikator „stationäre Fälle je 100 Versicherte“ und die Veränderungsrate gegenüber dem Vorjahr aus.

Tabelle 2: Stationäre Fälle mit DMG-Hauptdiagnose und Veränderung gegenüber dem Vorjahr nach DM-Gruppen 2008 bis 2010, BARMER GEK gesamt

	2008	2009	2010
Versicherte der BARMER GEK	8.835.532	8.838.815	8.895.658
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane			
Stationäre Fälle			
mit DMG 30-Hauptdiagnose	45.606	45.942	44.100
je 100 Versicherte	0,52	0,52	0,50
Veränderung ggü. Vorjahr in vH		+0,7%	-4,6%
DMG 50 - Diabetes mellitus			
Stationäre Fälle			
mit DMG 50-Hauptdiagnose	20.814	21.552	21.918
je 100 Versicherte	0,24	0,24	0,25
Veränderung ggü. Vorjahr in vH		+3,5%	+1,0%
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten			
Stationäre Fälle			
mit DMG 179-Hauptdiagnose	75.083	74.187	74.335
je 100 Versicherte	0,85	0,84	0,84
Veränderung ggü. Vorjahr in vH		-1,2%	-0,4%

Quelle: e. B. auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

Die Ermittlung der stationären Fallzahlen mit Hauptdiagnose entsprechend der jeweiligen DM-Gruppe wurde für alle 413 Kreisregionen in Deutschland durchgeführt (siehe dazu weiterführend Kapitel 5.5 (Schritt 5)).

Ambulante Versorgung

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Auswertungen und Berechnungen, die für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der von der BARMER GEK für die DMG-Kollektive extrahierten und bereitgestellten Daten durchgeführt worden sind.

Bei der Ermittlung der ausgewiesenen Veränderungsdaten 2010 gegenüber 2008 wurden die absoluten Werte für DMG-Versicherte, Fallzahlen und hochspezifische GOPs jeweils auf 100 Versicherte der BARMER GEK gesamt bezogen. Die Veränderungsdaten wurden entsprechend als relative Veränderungen von DMG-Versicherten, Fallzahlen und GOPs jeweils je 100 Versicherte der BARMER GEK über den betrachteten Zeitraum hinweg berechnet.

Aus Darstellungsgründen sind in der tabellarischen Aufbereitung nur diejenigen als hochspezifisch klassifizierten GOPs ausgewiesen, die in mindestens einem der betrachteten Jahre 2008 bis 2010 häufiger als 1.000 mal abgerechnet worden sind.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Bezogen auf die Fallzahlentwicklung zeigen sich bei allen drei DM-Gruppen zwar Zunahmen, die stärker ausfallen, als die Zunahmen bei

den Versicherten mit DMG-Diagnose. Dieser Befund kann aber nicht weiter interpretiert werden, da die allgemeine Fallzahlzunahme bei den Versicherten der BARMER GEK gesamt als wichtige Bezugsgröße nicht ermittelt werden konnte. Die dafür erforderlichen Daten (für alle Versicherten der BARMER GEK) standen für diese Untersuchung nicht zur Verfügung. Es kann deshalb nicht beurteilt werden, ob und inwieweit die Fallzahlzuwächse bei den DM-Gruppen der allgemeinen Entwicklung bei den Fallzahlen folgen oder davon abweichen.

- Die für die einzelnen „hochspezifischen“ GOPs ermittelten Veränderungsdaten zeigen verschiedene Auffälligkeiten. Z. B. fallen in der DM-Gruppe 30 – *Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane* Abnahmen bei den GOPs 01734 (Untersuchung auf Blut im Stuhl gemäß Abschnitt D.III. der Krebsfrüherkennungsrichtlinie) und 32040 (Untersuchung auf Blut im Stuhl in 3 Proben) auf. Auffällig ist z. B. auch der deutliche Anstieg der dermatochirurgischen Eingriffe in der DM-Gruppe 50 – *Diabetes mellitus* (GOPs 31101 bis 31103). Sie wurden als „hochspezifisch“ berücksichtigt, da ein Zusammenhang mit dem diabetischen Fuß nicht ausgeschlossen werden kann. In der DM-Gruppe 179 – *Ischämische Herzkrankheiten* kommen praktisch keine Zunahmen vor bzw. sind Abnahmen der Häufigkeit der GOPs 34291 und 34292 (Koronarangiographie bzw. Zuschläge für interventionelle Leistungen) sowie der dazugehörigen GOPs 01520 und 01521 (Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen) festzustellen.
- Insgesamt betrachtet ist ein interpretativer Zugang über die Mengenentwicklungen auf der Ebene einzelner GOPs nicht ohne tieferegehende und vergleichsweise aufwändige Untersuchungen möglich. Für einige Leistungen kann z. B. nicht a priori davon ausgegangen werden, dass sie im direkten Zusammenhang mit der kodierten DMG-Diagnose erbracht worden sind (gilt z.B. für die oben genannten GOPs 31101 bis 31103). Es müsste geprüft werden, welche anderen Diagnosen sich fallbezogen in den Abrechnungsdaten finden. Für andere Leistungen gilt, dass sie - je nach Fachgruppe – auch als fakultative Leistungsinhalte in einer Pauschale enthalten sein können und deshalb nicht erschlossen werden kann, ob die interessierende Leistung erbracht worden ist, oder nicht (z.B. finden sich die Leistungsinhalte der GOPs 03322 und 13252 als fakultative Inhalte in GOP 13550). Diese Liste ließe sich noch weiter fortsetzen.

Entsprechende Vertiefungen würden den Rahmen dieser Untersuchung sprengen. Angesichts der bestehenden Schwierigkeiten, erscheint es für die Verhandlungen zielführender, auf die vor Ort für die Bevölkerung zur Verfügung stehenden ambulanten Angebotskapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten abzustellen.

Tabelle 3: Veränderung von ausgewählten Parametern der Inanspruchnahme in der vertragsärztlichen Versorgung 2010 gegenüber 2008 in Prozent; Veränderung jeweils bezogen auf die Versicherten der BARMER GEK gesamt

	Veränderung 2010 ggü. 2008 in vH
Versicherte BARMER GEK gesamt	+1%
Behandlungsfälle gesamt	n.e.
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	
Versicherte mit DMG 30-Diagnose	+9%
Behandlungsfälle mit DMG 30-Diagnose	+19%
13490-13492 Grundpauschale Hämato-/Onkologisch	+19%
17210 Konsiliarpauschale Nuklearmedizin	+14%
25211 Konsiliarpauschale Strahlentherapie	+2%
25214 Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung)	-1%
01734 Untersuchung auf Blut im Stuhl gemäß Abschnitt D. III. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, einschl. Kosten	-4%
01740 Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms	-12%
01741 Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	-18%
02120 Erstprogrammierung einer externen elektronisch programmierbaren Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika	+11%
07320 Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Therapie bei visceralchirurgischer(n) Erkrankung(en) und/oder Eingriff(en)	+16%
07345 Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	-7%
13421 Zusatzpauschale Koloskopie	+3%
13422 Zusatzpauschale (Teil-)Koloskopie	-12%
13435 Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge	-14%
13500 Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung	+19%
17311 Ganzkörperszintigraphische Untersuchung	-13%
19310 Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials	+16%
19311 Zytologische Untersuchung eines Materials	+8%
25342 Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung	+7%
30600 Zusatzpauschale Prokto-/Rektoskopie	0
32040 Untersuchung auf Blut im Stuhl in 3 Proben	-15%
32324 Quantitative Bestimmung, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32323 bis 32325, Carcinoembryonales Antigen (CEA)	+15%

		Veränderung 2010 ggü. 2008 in vH
32392	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32385 bis 32405, CA 19-9	+17%
34341	CT-Untersuchung des gesamten Abdomens	+9%
34441	MRT-Untersuchung des Abdomens	+13%
DMG 50 - Diabetes mellitus		
	Anzahl Versicherte mit DMG 50-Diagnose	+11%
	Anzahl Fälle mit DMG 50-Diagnose	+24%
13341-13342	Grundpauschale Internistisch-endokrinologisch	+18%
02311	Behandlung des diabetischen Fußes	+7%
04580/13350	Zusatzpauschale Diagnostik und Behandlung eines Patienten mit morphologischen Veränderungen einer Hormondrüse und/oder mit einer laboratoriumsmedizinisch gesicherten Hormonüber- oder -unterfunktion	+52%
06331	Fluoreszenzangiographische Untersuchung der terminalen Strombahn am Augenhintergrund einschl. Applikation des Teststoffes (Fluoreszein-Natrium oder Indozyanin), einschl. Sachkosten	+2%
13250	Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung	+11%
16322	Zusatzpauschale Abklärung einer peripheren neuromuskulären Erkrankung	+3%
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	+36%
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2	+50%
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3	+25%
32022	Manifester Diabetes mellitus (Labor)	+48%
32057	Quantitative Bestimmung von Substraten, Enzymaktivitäten oder Elektrolyten, auch mittels trägergebundener (vorportionierter) Reagenzien, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32056 bis 32088, Glukose	-37%
32094	Quantitative Bestimmung Glykierte Hämoglobine (z. B. HbA1 und/oder HbA1c)	+11%
32359	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, gilt für die Leistungen nach den Nrn. 32350 bis 32361, Insulin	+52%
DMG 179 – Ischämische Herzkrankheiten		
	Anzahl Vers mit DMG 179-Diagnose	+4%
	Anzahl Fälle mit DMG 179-Diagnose	+16%
13540-13542	Grundpauschale Internistisch-kardiologisch	+16%
01520	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	0
01521	Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken, entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung invasiver kardiologischer Leistungen	-3%
03241 13253	Computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	+19%
03321	Elektrokardiographische Untersuchung (Belastungs-EKG)	+6%
03322/ 13252	Aufzeichnung eines Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer	+18%
13545	Zusatzpauschale Kardiologie I	-1%

		Veränderung 2010 ggü. 2008 in vH
13550	Zusatzpauschale Kardiologie II	+15%
17330	Zusatzpauschale Szintigraphische Untersuchung des Herzmuskels (Belastungsuntersuchung)	+5%
17332	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik (Belastungsuntersuchung)	+71%
17333	Zusatzpauschale nuklearmedizinische Herzfunktionsdiagnostik	+45%
32092	Quantitative Bestimmung CK-MB	+2%
32097	Quantitative Bestimmung mittels Immunoassay, BNP und/oder NT-Pro-BNP (BNP natriuretisches Peptid)	+90%
32150	Immunologischer Nachweis von Troponin I und/oder Troponin T auf einem vorgefertigten Reagenzträger bei akutem koronaren Syndrom (ACS), ggf. einschl. apparativer quantitativer Auswertung	+20%
33022	Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung,	-3%
33023	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 13550 sowie 33020 bis 33022 bei transösophagealer Durchführung	+4%
34291	Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie	+1%
34292	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 34291 bei Durchführung einer interventionellen Maßnahme (z.B. PTCA, Stent)	0

Quelle: e. B. auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

5.4 Schritt 4: Aufarbeitung der ambulanten Angebotsstrukturen und Behandlungsmöglichkeiten

In den Budgetverhandlungen werden sich die Krankenkassen mit einiger Wahrscheinlichkeit u. a. mit dem Argument konfrontiert sehen, dass die für eine Substitution stationärer Behandlungen erforderlichen ambulanten Behandlungskapazitäten nicht verfügbar sind. Von daher ist eine regional vergleichende Aufarbeitung der für die Versorgung der jeweiligen DM-Gruppen relevanten ambulanten Angebotsstrukturen sowie der Angebotsstrukturen vor Ort erforderlich. Eine exemplarische Aufarbeitung war im Rahmen dieser Untersuchung nicht vorgesehen.

Eine ergänzende Sonderauswertung des ZI und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu den Arztdichten wurde für die im Ergebnis des nachfolgenden Schritts 5 ausgewählten Regionen durchgeführt. Die daraus ermittelten Arztdichten werden für diese Regionen unter Kapitel 5.8 dargestellt.

5.5 Schritt 5: Regionalauswahl

Vorgesehen war dagegen, dass aus der Gesamtheit aller 413 Kreise drei Regionen herausgefiltert werden, an deren Beispiel die entwickelte Methode empirisch getestet werden sollte.

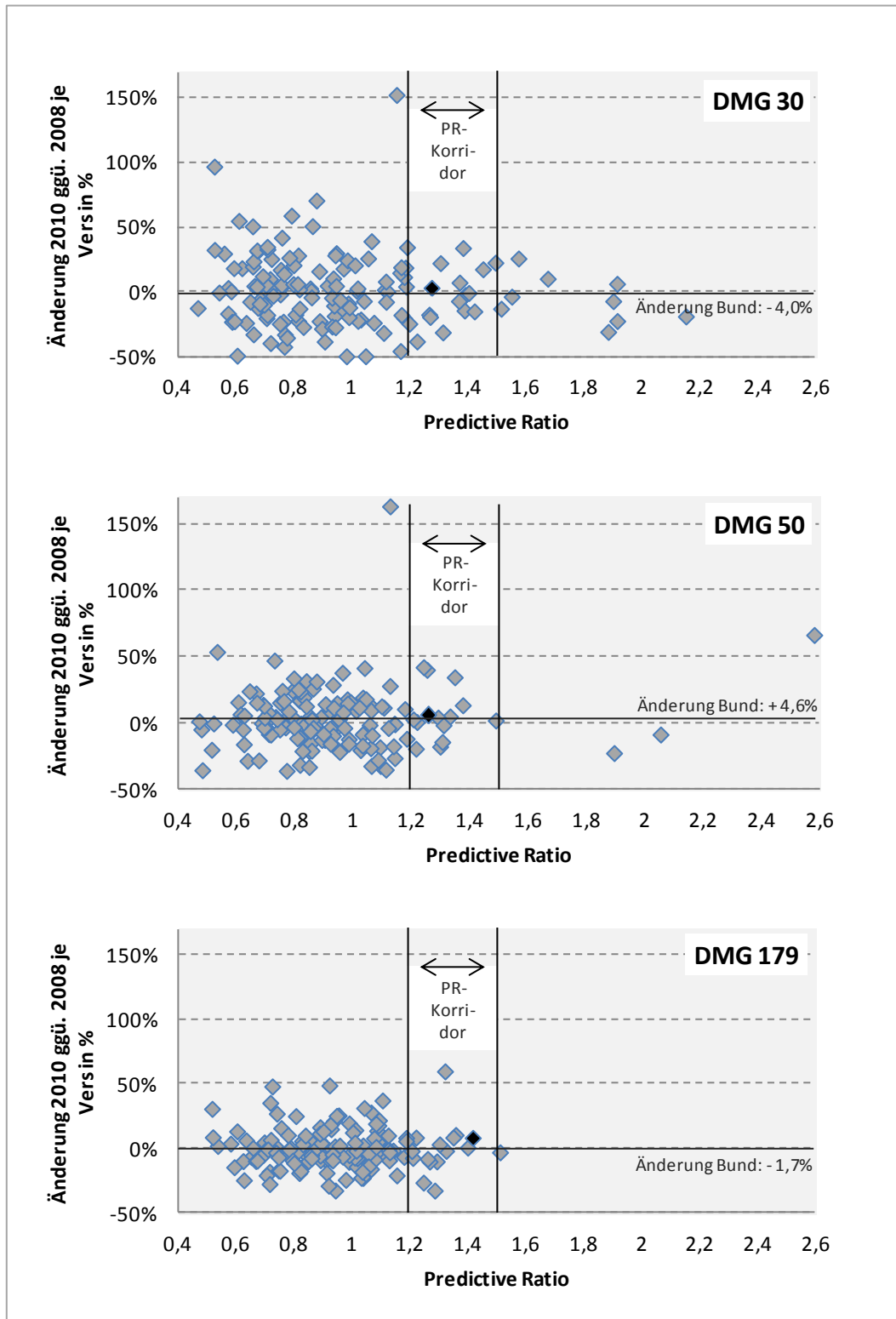
In ergänzenden Analysen zeigte sich, dass die regionalen Schwankungen der Fallzahlen in Regionen mit weniger als 20.000 Versicherten relativ stark ausfallen. Um daher auszuschließen, dass Regionen ausgewählt werden, bei denen sich vergleichsweise hohe/niedrige Fallzahlen lediglich als Resultat stochastischer Schwankungen ergeben, wurden Regionen mit weniger als 20.000 Versicherten von der Regionalauswahl ausgeschlossen.

Zur weiteren Eingrenzung wurde in einem weiteren Schritt für jede der verbleibenden Regionen ein Korridor in zwei Dimensionen bestimmt:

- Es wurde festgelegt, dass das sogenannte Predictive Ratio (PR) größer als 1,2 und kleiner als 1,5 sein sollte. Das PR gibt den Wert des Quotienten aus der tatsächlichen Anzahl der Fälle und der erwarteten Anzahl von Fällen an. Die erwartete Fallzahl wurde aus den Fallzahlen der BARMER GEK im gesamten Bundesgebiet ermittelt, wobei Alters- und Geschlechtsunterschiede zwischen der jeweiligen BARMER GEK-Regionalpopulation und der BARMER GEK gesamt berücksichtigt worden sind (indirekte Alters- und Geschlechtsadjustierung). Ein PR von größer 1 weist aus, dass die tatsächlichen Fallzahlen (nach Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden) in der Region höher gelegen haben, als im Durchschnitt der BARMER GEK gesamt. Ein PR von kleiner 1 gibt entsprechend an, dass die tatsächlichen regionalen Fallzahlen niedriger gelegen haben. Herausgefiltert werden sollen also Regionen mit einer gegenüber dem Durchschnitt aller Kreisregionen erhöhten Anzahl verlagerungssensitiver DRG, was auf bestehende Potenziale für die ambulante anstelle einer stationären Versorgung hindeutet.
- Zweitens wurde festgelegt, dass die regionale Fallzahl-Veränderungsrate 2010 gegenüber dem Jahr 2008 höher, zumindest aber nicht niedriger liegen sollte, als die für die BARMER GEK ermittelte bundesweite Veränderungsrate. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass sich die regionale Entwicklung ungünstiger darstellt, als im Bundesdurchschnitt.

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der verbleibenden Regionen bezogen auf die beiden Dimensionen „Änderung 2010 gegenüber 2008 je Versicherten in Prozent“ und „Predictive Ratio“. Eingetragen ist sowohl der „PR-Korridor“ als auch die jeweilige „Veränderungsrate Bund“.

Abbildung 2: Eingrenzung der Regionen für die weitere Untersuchung



Quelle: e. B. auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

Für die DMG 30-Population haben insgesamt neun Kreisregionen beide Kriterien erfüllt, für die DMG 50-Population acht und für die DMG 179-Population sieben Kreisregionen.

Um unter den verbleibenden Regionen eine Auswahl zu treffen, wurden als ergänzende Kriterien herangezogen:

- möglichst geringe Anzahl von Krankenhäusern in der Region;
- möglichst hohe Konzentration der Krankenhausfälle von Versicherten der BARMER GEK mit Wohnsitz in der Region in den Krankenhäusern der Region.

In Abstimmung mit dem ZI und der BARMER GEK wurde für die exemplarische empirische Umsetzung folgende Auswahl getroffen (in Abbildung 2 sind die ausgewählten Kreisregionen an der schwarzen Einfärbung erkennbar):

- DMG 30: Kreisfreie Stadt Bielefeld (Nordrhein-Westfalen),
- DMG 50: Kreisregion Burgenlandkreis (Sachsen-Anhalt),
- DMG 179: Kreisregion Düren (Nordrhein-Westfalen).

5.6 Schritt 6: Aufschlüsselung nach Krankenhäusern, Bestimmung von „Ziel-Krankenhäusern“

Die Aufschlüsselung nach Krankenhäusern und die Bestimmung von „Ziel-Krankenhäusern“ wurden in zwei Schritten vorgenommen:

Nachdem die Ergebnisse aus der Umgruppierung der als verlagerungssensitiv eingestuften DRG-Fälle der Jahre 2008 und 2009 auf den DRG-Katalog 2010 vorlagen, wurde zunächst noch einmal geprüft, ob die regionalen stationären Versorgungsquoten bei den verlagerungssensitiven DRG-Fällen (DRG-Fälle je 100 Versicherte) - wie bei der Auswahl intendiert – über den bundesdurchschnittlichen Versorgungsquoten liegen.

Über die drei Regionen und alle drei DM-Gruppen hinweg betrachtet ergibt sich, dass die regionalen Versorgungsquoten im Zeitraum 2008 bis 2010 im Minimum um +28 Prozent (in der Kreisregion Düren bei DMG 179 - *Ischämische Herzkrankheiten* im Jahr 2008) und im Maximum um +71 Prozent (in der Kreisfreien Stadt Bielefeld bei DMG 30 - *Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane* im Jahr 2010) über der jeweils korrespondierenden bundesdurchschnittlichen Versorgungsquote gelegen haben (vgl. Tabelle 4).

Die ersatzweise vorgenommene Regionalauswahl über die Fallzahl nach „Hauptdiagnose bei Entlassung“ hat somit durchgängig auch zu den für die verlagerungssensitiven DRGs angestrebten empirischen regionalen Konstellationen geführt.

Tabelle 4: Verlagerungssensitive DRG-Fälle nach DM-Gruppen und Kreisregionen und Abweichung von Bundeswerten

	2008	2009	2010
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane			
Kreisfreie Stadt Bielefeld			
Versicherte der BARMER GEK	31.597	31.441	31.376
Verlagerungssensitive DRG-Fälle			
Region gesamt	147	145	171
je 100 Versicherte Region	0,47	0,46	0,55
je 100 Versicherte Bund	0,35	0,34	0,32
Abweichung Region von Bund in vH	+34%	+35%	+71%
DMG 50 - Diabetes mellitus			
Burgenlandkreis			
Versicherte der BARMER GEK	22.097	21.740	21.384
Verlagerungssensitive DRG-Fälle			
Region gesamt	78	71	73
je 100 Versicherte Region	0,35	0,33	0,34
je 100 Versicherte Bund	0,24	0,25	0,26
Abweichung Region von Bund in vH	+46%	+30%	+33%
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten			
Kreisregion Düren			
Versicherte der BARMER GEK	32.849	32.957	33.039
Verlagerungssensitive DRG-Fälle			
Region gesamt	326	339	376
je 100 Versicherte Region	0,99	1,03	1,14
je 100 Versicherte Bund	0,77	0,77	0,77
Abweichung Region von Bund in vH	+28%	+33%	+49%

Quelle: e. B. auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

Im zweiten Schritt wurden die verlagerungssensitiven DRG-Fälle je Kreisregion nach den Krankenhäusern aufgeschlüsselt, in denen die Versorgung erfolgt ist (Tabelle 5).

Demnach verteilen sich in der Kreisfreien Stadt Bielefeld die verlagerungssensitiven DRGs der DM-Gruppe 30 – *Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane* auf drei Krankenhäuser in der Region, wobei auf die Krankenhäuser B und C mit 40 und 35 Prozent die höchsten Versorgungsanteile entfallen. Krankenhäuser außerhalb der Kreisregion spielen mit 4 Prozent Versorgungsanteil keine bedeutende Rolle.

In der Kreisregion Burgenlandkreis verteilen sich die Versorgungsanteile mit 40 und 44 Prozent relativ gleichmäßig auf die beiden Krankenhäuser in der Region. Ein Versorgungsanteil von 16 Prozent entfällt auf Krankenhäuser außerhalb der Region.

Tabelle 5: Verlagerungssensitive DRG-Fälle 2010 auf der Ebene von Kreisregionen und nach behandelnden Krankenhäusern absolut und in Prozent, Jahr 2010

	Verlagerungssensitive DRG-Fälle 2010	
	absolut	in Prozent
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane		
Kreisfreie Stadt Bielefeld		
Region gesamt	171	
Krankenhaus A	38	22%
Krankenhaus B	68	40%
Krankenhaus C	59	35%
Außerhalb	6	4%
DMG 50 - Diabetes mellitus		
Burgenlandkreis		
Region gesamt	73	
Krankenhaus A	29	40%
Krankenhaus B	32	44%
Außerhalb	12	16%
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten		
Kreisregion Düren		
Region gesamt	376	
Krankenhaus A	137	36%
Krankenhaus B	32	9%
Krankenhaus C	21	6%
Außerhalb	186	49%

Quelle: e. B. auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

In der Kreisregion Düren konzentriert sich die Versorgung in drei Krankenhäusern der Region, davon mit 36 Prozent in Krankenhaus A. Ein Versorgungsanteil von annähernd 50 Prozent entfällt hier auf Krankenhäuser außerhalb der Region.

5.7 Schritt 7: Zielbildung auf der Grundlage von Vergangenheitswerten und Prognosen

Zur Zielbildung der Krankenkassen für die Budgetverhandlungen wird nachfolgend von der Differenz ausgegangen, die sich zwischen den Ist-Fallzahlen der jeweils als verlagerungssensitiv eingestuften DRGs und den diesbezüglich erwarteten Fallzahlen ergibt.

Die erwarteten Fallzahlen wurden aus den Ist-Fallzahlen auf Bundesebene berechnet, wobei Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsstruktur zwischen Bund und Regionalpopulation berücksichtigt worden sind.

Um ausgehend von den für Versicherte der BARMER GEK ermittelten Werten annähernd zu Werten für die Wohnbevölkerungen der Kreisregionen zu gelangen, wurden die Fallzahlen „Ist“ und „Erwartet“ auf die jeweilige Wohnbevölkerung der Kreisregionen hochgerechnet. Bei der Hochrechnung wurde jeweils die Zusammensetzung der Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht berücksichtigt.

Für die so ermittelten (wohn-) bevölkerungsbezogenen Ist- und Erwartet-Fallzahlen wurden sodann die Differenzen berechnet.

Als auf die Regionalpopulation bezogenes Verhandlungsziel der Kassen wurde für alle drei Beispiele vereinfachend und einheitlich angenommen, dass für das Verhandlungsjahr – hier das Jahr 2011 – eine Reduzierung der prognostizierten Differenz zwischen Ist- und erwarteten Fallzahlen der verlagerungssensitiven DRGs um 50 Prozent erreicht werden soll. Die prognostizierte Differenz 2011 wurde dabei als durchschnittliche Differenz der Jahre 2008 bis 2010 berechnet.

Im letzten Schritt wurden die noch in DRG-bezogenen Fallzahlen ausgedrückten Verhandlungsziele der Krankenkassen auf der Basis des DRG-Kataloges für das Jahr 2010 in Case Mix-Punkte (Bewertungsrelation bei Hauptabteilung) umgerechnet. Bei der Umrechnung wurden die Zusammensetzung der DRGs und die jeweiligen mittleren Fallzahlen in den Jahren 2008 bis 2010 berücksichtigt, so dass sich der Case Mix als entsprechend gewichteter Wert ergibt.

Das Ergebnis dieser Berechnungen zeigt Tabelle 6.

Für die Wohnbevölkerung der Kreisfreien Stadt Bielefeld ergibt sich im Beispiel für DRGs mit Relevanz für die stationäre Behandlung von bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane eine Case Mix-Verminderung in Höhe von -197 Punkten¹⁶. Weichen die Forderungspositionen der Krankenhäuser von dem für das Jahr 2011 prognostizierten Wert nach oben ab, so wird das Verhandlungsziel entsprechend herauf gesetzt.

Analoges gilt für die Kreisregionen Burgenlandkreis (-119 Punkte für DRGs mit Relevanz für die stationäre Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus) und Düren (-519 Punkte für die stationäre Behandlung von Patienten mit ischämischen Herzkrankheiten).

¹⁶ Legt man den im Krankenhaus-Directory für Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2010 ausgewiesenen (rechnerischen) Zahlbasisfallwert in Höhe von 2.895 € zu Grunde (vgl. Klauber, J et al. (Hg.): Krankenhaus-Report 2012, Stuttgart 2012: 494), entspricht das Verhandlungsziel der Krankenkassen einer Case Mix-Verminderung von -197 Punkten in € ausgedrückt einem Betrag von -0,57 Mio €.

Tabelle 6: Ableitung regionaler Verhandlungsziele 2011 der Krankenkassen

	2008	2009	2010	Prognose 2011
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane				
Kreisfreie Stadt Bielefeld				
Versicherte der BARMER GEK	31.597	31.441	31.376	
Verlagerungssensitive DRG-Fälle				
Ist Region gesamt	147	145	171	154
Erwartet Region gesamt	114	109	102	108
Differenz Ist zu Erwartet	+33	+36	+69	+46
Ist Region gesamt hochgerechnet	1.343	1.358	1.646	1.449
Erwartet Region hochgerechnet	1.055	1.022	940	1.006
Differenz Ist zu Erwartet	+288	+336	+706	+443
Regionales Verhandlungsziel 2011: Abschmelzung der prognostizierten Differenz 2011 um 50%				-222
entspricht Erlösminderung in Case Mix (gewichtet)				-197,041
DMG 50 - Diabetes mellitus				
Burgenlandkreis				
Versicherte der BARMER GEK	22.097	21.740	21.384	
Verlagerungssensitive DRG-Fälle				
Ist Region gesamt	78	71	73	74
Erwartet Region gesamt	52	54	56	54
Differenz Ist zu Erwartet	+26	+17	+17	+20
Ist Region gesamt hochgerechnet	788	695	779	754
Erwartet Region hochgerechnet	531	544	548	541
Differenz Ist zu Erwartet	+257	+151	+231	+213
Regionales Verhandlungsziel 2011: Abschmelzung der prognostizierten Differenz 2011 um 50%				-106
entspricht Erlösminderung in Case Mix (gewichtet)				-118,921
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten				
Kreisregion Düren				
Versicherte der BARMER GEK	32.849	32.957	33.039	
Verlagerungssensitive DRG-Fälle				
Ist Region gesamt	326	339	376	347
Erwartet Region gesamt	237	237	237	237
Differenz Ist zu Erwartet	+89	+102	+139	+110
Ist Region gesamt hochgerechnet	2.765	2.851	3.109	2.908
Erwartet Region hochgerechnet	2.037	1.983	1.936	1.985
Differenz Ist zu Erwartet	+728	+868	+1.173	+923
Regionales Verhandlungsziel 2011: Abschmelzung der prognostizierten Differenz 2011 um 50%				-462
entspricht Erlösminderung in Case Mix (gewichtet)				-518,996

Quelle: e. B. auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

5.8 Schritt 8: Zuordnung zu den „Ziel-Krankenhäusern“

Im letzten Schritt werden die angestrebten Case Mix-Verminderungen den Krankenhäusern zugeordnet, die in Schritt 7 ausgewählt worden sind.

Wie oben unter Kapitel 4.3 (Schritt 8) dargestellt, kann die Zuordnung zu den „Ziel-Krankenhäusern“ auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen, wobei eine sachlich begründete differenzierte Zuordnung das optimale Verfahren wäre. Dazu wären regional angepasste Begründungszusammenhänge zu formulieren.

Vorstellbar ist ferner, dass auch eine Zuordnung nach den Versorgungsanteilen erfolversprechend ist. Sie müsste alternativ in Betracht gezogen werden, wenn die regional spezifischen Argumente eine differenzierte Zuordnung nicht hinreichend begründen können.

Tabelle 7 zeigt für die gewählten Beispiele die Zuordnung nach den Versorgungsanteilen in der Vorperiode, hier für das Jahr 2010.

In den Verhandlungen mit Krankenhaus B in der Kreisfreien Stadt Bielefeld wird man z. B. - grob skizziert - der Argumentationslinie folgen, dass

- bei bösartigen Neubildungen der Verdauungsorgane für die regionale Bevölkerung zu viele Behandlungen stationär erfolgen;
- eine epidemiologische Begründung nicht besteht;
- davon ausgegangen wird, dass im anstehenden Budgetjahr knapp 90 Fälle weniger in Krankenhaus B stationär versorgt werden müssen, als sich bei Prognose unter bloßer Fortschreibung der Vorjahresverhältnisse ergeben würden.

Tabelle 7: Zuordnung von Minderfällen gegenüber prognostizierten Fallzahlen und Erlösminderung nach einzelnen Krankenhäusern

	Verteilung verlagerungs- sensitive DRG- Fälle 2010 in Prozent	Fallzahl- Prognose 2011 (hochge- rechnet)	Forderung Minderfälle 2011 ge- genüber Prognose	Erlösminde- rung 2011 (Case Mix)
DMG 30 - Bösartige Neubil- dungen der Verdauungsorga- ne				
Kreisfreie Stadt Bielefeld				
Region gesamt		1.449	-222	-197,041
Krankenhaus A	22%	322	-49	-43,787
Krankenhaus B	40%	576	-88	-78,356
Krankenhaus C	35%	500	-76	-67,985
Außerhalb	4%	51	(-8)	.-
DMG 50 - Diabetes mellitus				
Burgenlandkreis				
Region gesamt		754	-106	-118,921
Krankenhaus A	40%	300	-42	-47,243
Krankenhaus B	44%	331	-47	-52,130
Außerhalb	16%	124	(-17)	.-
DMG 179 - Ischämische Herz- krankheiten				
Kreisregion Düren				
Region gesamt		2.908	-462	-518,996
Krankenhaus A	36%	1.060	-168	-189,102
Krankenhaus B	9%	248	-39	-44,170
Krankenhaus C	6%	162	-26	-28,987
Außerhalb	49%	1.439	(-228)	.-

Quelle: e. B. auf der Grundlage von Daten der BARMER GEK

Unterstützend wird man eine tragfähige Aufarbeitung der erkrankungsspezifischen ambulanten Angebotskapazitäten und Behandlungsmöglichkeiten vorlegen, die es plausibel erscheinen lässt, dass die Versorgung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen der Verdauungsorgane in der kommenden Periode in größerem Umfang ambulant erfolgen kann.

Im Beispiel der Kreisfreien Stadt Bielefeld bleibend: Aus einer Sonderauswertung der KBV und des ZI für diese Untersuchung ergibt sich für die Kreisfreie Stadt Bielefeld zum Stichtag 31.12.2010 die in nachfolgender Tabelle 8 dargestellte Arztdichte.

Tabelle 8: Arztdichte in der Freien Kreisstadt Bielefeld, in Nordrhein-Westfalen und in Deutschland je 100.000 Einwohner; an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (inklusive Ermächtigte; Stichtag 31.12.2010)

DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	Kreisfreie		
	Stadt Bielefeld	Nordrhein-Westfalen	Deutschland
Einwohner:	323.270	17.845.154	81.751.602
Hausärztinnen und -ärzte	60,94	62,58	66,41
darunter:			
mit Weiterbildung im SP Gastroenterologie	0,31	0,45	0,30
mit Weiterbildung im TG Hämatologie	0	0,02	0,03
mit Weiterbildung im SP Hämatologie und (Internistische) Onkologie	0	0,31	0,23
Fachärztlich tätige Internistinnen und Internisten (inkl. Lungenärzte)	18,25	12,50	13,69
darunter:			
ohne Schwerpunkt	2,47	2,10	3,29
SP Gastroenterologie	3,09	2,04	1,87
TG Hämatologie	0	0,07	0,08
SP Hämatologie und (Internistische) Onkologie	1,24	1,09	1,09
sonstige SP	11,45	7,20	7,36
Alle sonstigen Fachgebietsärzte und übrige Arzt- und Psychotherapeutengruppen	186,53	110,97	110,46
Arzt- und Psychotherapeutengruppen insgesamt	265,72	186,06	190,55

Quelle: Sonderauswertung des ZI und der KBV, Statistisches Bundesamt, e.B.

Bei einer im Vergleich zum Land Nordrhein-Westfalen und Deutschland insgesamt überdurchschnittlich hohen Arzt- und Psychotherapeutendichte, besteht demnach in der Kreisfreien Stadt Bielefeld auch in den für die Versorgung der DMG 30 – *Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane* wichtigen Schwerpunktbereichen der Inneren Medizin – Gastroenterologie, Hämatologie und (Internistische) Onkologie – eine erhöhte Arztdichte. Bezieht man die Hausärzte mit Weiterbildung im Schwerpunkt Gastroenterologie, mit Weiterbildung im Teilgebiet Hämatologie und mit Weiterbildung im Schwerpunkt Hämatologie und (Internistische) Onkologie mit ein, ergibt sich ein ausgewogenes Bild. Davon ausgehend würde man für die Budgetverhandlungen die Forderungsposition empirisch untersetzen und weiter entwickeln, dass eine Substitution stationärer Fälle von den bestehenden ambulanten Strukturen auch getragen werden kann.

Die Ergebnisse der Sonderauswertung des ZI und der KBV für die Kreisregionen Burgenlandkreis und Düren zeigt Tabelle 9.

Tabelle 9: Arztdichten in den Kreisregionen Burgenlandkreis und Düren, in Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt und in Deutschland je 100.000 Einwohner; an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte (inklusive Ermächtigte; Stichtag 31.12.2010)

	Burgenland- kreis	Sachsen- Anhalt	Deutschland
DMG 50 - Diabetes mellitus			
Einwohner:	194.195	2.335.006	81.751.602
Hausärztinnen und -ärzte	65,40	62,91	66,41
darunter:			
mit Weiterbildung im TG Diabetologie	0,51	0,34	0,05
mit Weiterbildung im SP Endokrinologie	0,51	0,26	0,12
mit Weiterbildung im SP Endokrinologie und Diabetologie	0	0,04	0,02
Fachärztlich tätige Internistinnen und Internisten (inkl. Lungenärzte)	11,84	15,29	13,69
darunter:			
ohne Schwerpunkt	4,63	5,22	3,29
TG Diabetologie	0,51	0,09	0,02
SP Endokrinologie	0	0,21	0,27
SP Endokrinologie und Diabetologie	0	0,04	0,04
sonstige SP	6,69	9,72	10,07
Alle sonstigen Fachgebietsärzte und übrige Arzt- und Psychotherapeutengruppen	72,61	87,97	110,46
Arzt- und Psychotherapeutengruppen insgesamt	149,85	166,17	190,55
	Kreisregion Düren	Nordrhein- Westfalen	Deutschland
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten			
Einwohner:	267.712	17.845.154	81.751.602
Hausärztinnen und -ärzte	65,37	62,58	66,41
darunter:			
mit Weiterbildung im SP Kardiologie	0,37	0,36	0,31
mit Weiterbildung im SP Angiologie	0	0,13	0,08
Fachärztlich tätige Internistinnen und Internisten (inkl. Lungenärzte)	12,33	12,50	13,69
darunter:			
ohne Schwerpunkt	2,99	2,10	3,29
SP Kardiologie	2,61	2,90	2,88
SP Angiologie	0	0,48	0,57
sonstige SP	6,72	7,02	6,95
Alle sonstigen Fachgebietsärzte und übrige Arzt- und Psychotherapeutengruppen	84,05	110,97	110,46
Arzt- und Psychotherapeutengruppen insgesamt	161,74	186,06	190,55

Quelle: Sonderauswertung des ZI und der KBV, Statistisches Bundesamt, e.B.

Anhang

- Anhang 1 - Zuordnung von ICD-Codes zu DM-Gruppen
- Anhang 2 - Auswahl der verlagerungssensitiven DRG nach DM-Gruppen

Anhang 1 - Zuordnung von ICD-Codes zu DM-Gruppen

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
30	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	C150	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus
		C151	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus
		C152	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus
		C153	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
		C154	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
		C155	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
		C158	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
		C159	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet
		C160	Bösartige Neubildung: Kardia
		C161	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi
		C162	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
		C163	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
		C164	Bösartige Neubildung: Pylorus
		C165	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
		C166	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
		C168	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend
		C169	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
		C170	Bösartige Neubildung: Duodenum
		C171	Bösartige Neubildung: Jejunum
		C172	Bösartige Neubildung: Ileum
		C173	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel
		C178	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend
		C179	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet
		C180	Bösartige Neubildung: Zäkum
		C181	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
		C182	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
		C183	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
		C184	Bösartige Neubildung: Colon transversum
		C185	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
		C186	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C187	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum		
C188	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend		

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		C189	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
		C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
		C20	Bösartige Neubildung des Rektums
		C210	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet
		C211	Bösartige Neubildung: Analkanal
		C212	Bösartige Neubildung: Kloakenregion
		C218	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
		C220	Leberzellkarzinom
		C221	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
		C222	Hepatoblastom
		C223	Angiosarkom der Leber
		C224	Sonstige Sarkome der Leber
		C227	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
		C229	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet
		C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
		C240	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
		C241	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
		C248	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend
		C249	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet
		C250	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
		C251	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
		C252	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
		C253	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus
		C254	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas
		C257	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas
		C258	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
		C259	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
		C260	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
		C261	Bösartige Neubildung: Milz
		C268	Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
		C269	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems
		C451	Mesotheliom des Peritoneums
		C480	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		C481	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
		C482	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
		C488	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
50	Diabetes mellitus	E100	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Koma
		E1001	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
		E101	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Ketoazidose
		E1011	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
		E102	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen
		E1020	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1021	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E103	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen
		E1030	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1031	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E104	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen
		E1040	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1041	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E105	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
		E1050	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1051	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E106	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
		E1060	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1061	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E107	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen
		E1072	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
		E1073	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
		E1074	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
		E1075	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
		E108	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
		E1080	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1081	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E109	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen
		E1090	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1091	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E110	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Koma
		E1101	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
		E111	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Ketoazidose
		E1111	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
		E112	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen
		E1120	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1121	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E113	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen
		E1130	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1131	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E114	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen
		E1140	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1141	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E115	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
		E1150	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1151	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E116	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
		E1160	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1161	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E117	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen
		E1172	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
		E1173	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
		E1174	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1175	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
		E118	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
		E1180	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1181	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E119	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen
		E1190	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1191	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E120	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Koma
		E1201	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
		E121	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Ketoazidose
		E1211	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
		E122	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Nierenkomplikationen
		E1220	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1221	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E123	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Augenkomplikationen
		E1230	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1231	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E124	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit neurologischen Komplikationen

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1240	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1241	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E125	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
		E1250	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1251	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E126	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
		E1260	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1261	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E127	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen
		E1272	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
		E1273	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
		E1274	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
		E1275	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
		E128	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
		E1280	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1281	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E129	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Ohne Komplikationen
		E1290	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1291	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E130	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma
		E1301	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
		E131	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose
		E1311	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
		E132	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen
		E1320	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1321	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E133	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen
		E1330	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1331	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E134	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen
		E1340	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1341	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E135	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
		E1350	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1351	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E136	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1360	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1361	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E137	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen
		E1372	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
		E1373	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
		E1374	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
		E1375	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
		E138	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
		E1380	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1381	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E139	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen
		E1390	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1391	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E140	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma
		E1401	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet
		E141	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose
		E1411	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet
		E142	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen
		E1420	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1421	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E143	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1430	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1431	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E144	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen
		E1440	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1441	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E145	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen
		E1450	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1451	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E146	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
		E1460	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1461	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E147	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen
		E1472	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
		E1473	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
		E1474	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
		E1475	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
		E148	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
		E1480	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet
		E1481	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
		E149	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen
		E1490	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
		E1491	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet
179	Ischämische Herzkrankheit	I200	Instabile Angina pectoris
		I201	Angina pectoris mit nachgewiesenem Koronarspasmus
		I208	Sonstige Formen der Angina pectoris
		I209	Angina pectoris, nicht näher bezeichnet
		I210	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand
		I211	Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand
		I212	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
		I213	Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
		I214	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt
		I219	Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
		I220	Rezidivierender Myokardinfarkt der Vorderwand
		I221	Rezidivierender Myokardinfarkt der Hinterwand
		I228	Rezidivierender Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen
		I229	Rezidivierender Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation
		I230	Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
		I231	Vorhofseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
		I232	Ventrikelseptumdefekt als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
		I233	Ruptur der Herzwand ohne Hämoperikard als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
		I234	Ruptur der Chordae tendineae als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
		I235	Papillarmuskelruptur als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
		I236	Thrombose des Vorhofes, des Herzohres oder der Kammer als akute Komplikation nach akutem Myokardinfarkt
		I238	Sonstige akute Komplikationen nach akutem Myokardinfarkt
		I240	Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt
		I241	Postmyokardinfarkt-Syndrom
		I248	Sonstige Formen der akuten ischämischen Herzkrankheit
		I249	Akute ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
		I250	Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben
		I251	Atherosklerotische Herzkrankheit
		I2510	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne

DMG Nr.	DMG Bez.	ICD Code	ICD Bez.
			hämodynamisch wirksame Stenosen
		I2511	Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung
		I2512	Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung
		I2513	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäßerkrankung
		I2514	Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes
		I2515	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Bypass-Gefäßen
		I2516	Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Stents
		I2519	Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet
		I252	Alter Myokardinfarkt
		I2520	Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend
		I2521	Alter Myokardinfarkt: 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend
		I2522	Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend
		I2529	Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet
		I253	Herz (-Wand) -Aneurysma
		I254	Koronararterienaneurysma
		I255	Ischämische Kardiomyopathie
		I256	Stumme Myokardischämie
		I258	Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit
		I259	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet

Anhang 2 - Auswahl der verlagerungssensitiven DRG nach DM-Gruppen

DRG	DRG-Bezeichnung
DMG 30 - Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	
G02Z	Komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, mit bestimmter Lebermetastasenchirurgie oder komplizierender Konstellation
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff, ohne bestimmte Lebermetastasenchirurgie, ohne komplizierende Konstellation
G17Z	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff
G18B	Eingriffe an Dün- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC
G29A	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G29B	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC
G46A	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern
G46B	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schweren CC bei Kindern
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopen bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit schweren CC oder bei nicht schweren Erkrankungen der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren oder schweren CC bei Kindern
G47A	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre, mit bösartiger Neubildung oder chronisch entzündlicher Darmerkrankung
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC

DRG	DRG-Bezeichnung
DMG 50 - Diabetes mellitus	
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC
F65Z	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung und ausgedehnte Lymphadenektomie, mit äußerst schweren CC bei Para- / Tetraplegie oder mit komplexem Eingriff
J02B	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus od. Infektion / Entzündung u. ausgedehnte Lymphadenektomie, m. äußerst schweren CC außer b. Para- / Tetraplegie, ohne komplexen Ingr. od. ohne äußerst schw. CC, mit kompl. Ingr.
J03A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung mit äußerst schweren CC
J03B	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung ohne äußerst schwere CC
J04A	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, Alter > 69 Jahre oder CC
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut mit äußerst schweren CC
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut ohne äußerst schwere CC
K01B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, mit Gefäßeingriff
K01C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesese des Fußes
K01D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesese des Fußes
K13Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Frührehabilitation, ohne geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesese des Fußes
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus

DRG	DRG-Bezeichnung
K60B	Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60C	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60D	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 10 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
K60E	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre
K60F	Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC
DMG 179 - Ischämische Herzkrankheiten	
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis

DRG	DRG-Bezeichnung
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC
F46B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter > 13 Jahre
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage od. mehr als 2 Belegungstage ohne äuß. schwere CC, Alter < 15 Jahre od. mehr als 2 Belegungstage, ohne äuß. schw. CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, mit komplexem Eingriff
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne komplexen Eingriff
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre, mit bestimmtem Eingriff
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre, ohne bestimmten Eingriff
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie
F57Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Intervention ohne äußerst schwere CC
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Intervention
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC

DRG	DRG-Bezeichnung
F67B	Hypertonie mit schweren CC
F72A	Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC
F72B	Instabile Angina pectoris mit schweren CC
F72C	Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere oder schwere CC
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Hauttransplantation und Lappenplastik an der unteren Extremität