

**Vorläufige Stellungnahme zum Entwurf einer  
Verordnung zum Fallpauschalensystem für  
Krankenhäuser (KFPV)**

2. überarbeitete Fassung

- hier: Fallpauschalen-Katalog v. 03.09.2002

Vorstandsvorsitzende

Prof. Dr. E.. Steinhagen-Thiessen

Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH

Reinickendorfer Str. 61

D- 13347 Berlin

Tel.: 030 / 45 94-19 00/01

Fax: 030 / 45 94-19 38

BAG-Geschäftsstelle:

Tel. : 030 / 450-553 717

Fax: 030 / 450-553 947

Email: antje.quicker@charite.de

Internet: www.bag-geriatrie.de

Sprechzeiten: Mo-Mi 9-15:30 Uhr

Berlin, 09.09.2002

Im Zuge der Ersatzvornahme (FPG) erarbeitet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) derzeit die notwendigen Unterlagen für ein Optionsmodell 2003. Nach dem Scheitern der Verhandlungen der Selbstverwaltung begrüßt es die BAG KGE e.V. nachdrücklich, dass diese Vorbereitungen mittlerweile deutlich voranschreiten und den Krankenhäusern mit dem Entwurf des Fallpauschalenkatalogs endlich die dringend benötigten konkreten Eckdaten des vorgesehenen Fallpauschalensystems zur Verfügung gestellt werden.

Nach eingehender erster Analyse des Fallpauschalenkatalogs fällt jedoch die erhebliche und überproportionale Verweildauerverkürzung in mehreren Fallgruppen auf (Beispiel: Schlaganfall), die grundsätzlich längere Verweildauern aufweisen (nicht nur in Deutschland). Dies betrifft unverständlicherweise gerade die Fallgruppen, die bereits in Australien mit deutlich längeren Verweildauern kalkuliert werden und dennoch – ergänzend zur DRG-Pauschale – zusatzfinanziert werden müssen. Damit würde hierzulande die ohnehin befürchtete und von der BAG sowie anderen Verbänden auch gegenüber dem BMG bereits dargelegte prekäre Versorgungssituation dieser Fallgruppen unter DRG-Bedingungen bereits 2003 unnötig zusätzlich verschärft.

Die unsachgemäßen Verweildauergrenzen des FP-Katalogs werden insbesondere die Geriatrie, aber wohl auch die Neurologie, Innere Medizin und Onkologie in eine gravierende Schiefelage bringen, die nach einem Inkraftsetzen des vorgelegten Entwurfs nur schwer zu korrigieren sein wird. Eine erste Analyse zu erwartender Auswirkungen der Verweildauergrenzen des vorgelegten FP-Katalogs erfolgte anhand der Daten des DRG-Projekts der BAG Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V. (April bis Juli 2002) und wird nachstehend kommentiert.

Die BAG bereitet darüber hinaus einen konstruktiven Ergänzungsvorschlag zum Katalogentwurf vor, da sich die BAG nach wie vor für einen Verbleib der Geriatrie im deutschen DRG-System ausspricht. In diesem Zusammenhang wendet sich die BAG jedoch nachdrücklich mit der Bitte an das BMG, die Kalkulationsgrundlagen (insbesondere Fallzahlen sowie Art und Anzahl der einbezogenen Fachabteilungen) umgehend zugänglich zu machen, um eine fach- und sachgerechte Diskussion mit dem BMG und den Partnern der Selbstverwaltung bezüglich der Ursachen für die eklatanten Diskrepanzen zwischen der realen Verweildauer und den Verweildauereckdaten des FP-Katalogs zu ermöglichen.

## Zur erodierenden Kraft des Faktischen –

Vorläufige Stellungnahme zum KFPV-Referentenentwurf des BMG v. 03.09.2002  
DRG-Projektgruppe der BAG in Kooperation mit DGG und DGGG: M. Borchelt, N. Wrobel, L. Pientka

In Australien wird kein Hehl daraus gemacht, dass mit dem AR-DRG-System bislang **nicht** alle Krankenhaus-Behandlungsfälle vollständig abgebildet werden können. Das wirft die Frage auf, wie in Australien mit Fallgruppen umgegangen wird, die in diesem Sinne als problematisch anzusehen sind.

Die Lösung wird in den veröffentlichten DRG-Profilen der Krankenhäuser Australiens deutlich (veröffentlicht unter [www.health.gov.au/casemix](http://www.health.gov.au/casemix)). Es werden diejenigen Behandlungsfälle "reklassifiziert", die in einer Fallgruppe Sorgen bereiten. Die zuständige australische Behörde erklärte das Vorgehen auf Anfrage der BAG KGE e.V. kürzlich so:

*"The term 'reclassified' in the clinical profiles refers to when the patient type changes from 'acute' to another category such as rehabilitation. This often appears for the elderly patients, whose care type changes during a lengthy admission. We fund these care types differently."* (DRG Development Section, [Katrina.Chisholm@health.gov.au](mailto:Katrina.Chisholm@health.gov.au), 15.08.2002)

Ein australisches Profil für eine in diesem Sinne "problematische" Fallgruppe sieht dann zum Beispiel so aus (Fallpauschale B70A: Schlaganfall mit komplizierender Diagnose oder Prozedur):

DRG : B70A Stroke W Severe or Complicating Diagnosis/Procedure (Medical )						
MDC : 01 DISEASES & DISORDERS OF THE NERVOUS SYSTEM						
Total						
episodes	Length of stay		Age distribution		Discharges	
7931	average days	16.73	28 days - <1 year	0.06%	Invalid	0.18%
	first quartile	7	1 year - 9 years	0.09%	To Acute Hosp	19.08%
	median	12	10 years - 14 years	0.05%	To Nursg Home	10.83%
	third quartile	21	15 years - 34 years	0.59%	To Psych Hosp	0.09%
	std deviation	17.04	35 years - 49 years	3.18%	To Other Care	0.62%
	1 - 35 days	91.92%	50 years - 69 years	19.59%	<b>Reclassified</b>	<b>22.53%</b>
	36 - 100 days	7.67%	70 years plus	76.43%	Against Advice	0.16%
	100 days plus	0.42%			Statistical	0.39%
					Died	15.09%
					Home/Other	31.03%

[http://www.health.gov.au/casemix/report/tables9900/tbl0802\\_pu.pdf](http://www.health.gov.au/casemix/report/tables9900/tbl0802_pu.pdf)

Im Zeitraum 1999/2000 wurden demnach 22,53% der schwerstbetroffenen australischen Schlaganfallpatienten "reklassifiziert", d.h. sie wurden nach über 21 Tagen Behandlung innerhalb der Fallpauschale (3. Quartil, siehe "Length of stay") anschließend mit einer nicht näher ausgewiesenen Dauer außerhalb der Fallpauschale *weiterbehandelt* (außerdem wurden 19,08% der Fälle zur Weiterbehandlung in ein anderes Akutkrankenhaus verlegt). Zusammengenommen deckt die Fallpauschale B70A in Australien also bei weniger als 59% der B70A-Fälle die Kosten fallabschließend ab.

Umso unverständlicher erscheinen die mit dem ersten Entwurf eines deutschen Fallpauschalenkatalogs derzeit kursierenden Eckdaten für diese Fallgruppe im 2. Referentenentwurf zum Fallpauschalenkatalog (KFPV) v. 03.09.2002: Während 2001 die Krankenhäuser in Deutschland insgesamt noch im Mittel 19,15 Tage (und Geriatrien im Besonderen 28,98 ± 15,27 Tage) für B70A-Fälle aufwendeten, scheint für die deutsche Fallpauschale "B70A - Apoplexie; mit schwerer oder kompl. Diagnose/OP" jetzt eine mittlere Verweildauer von **15 Tagen** kalkuliert worden zu sein – mit einer oberen Grenzverweildauer von 30 Tagen.

Bei einer derart erheblichen Diskrepanz zur klinischen Realität stellt sich die dringende Frage, wie andere Fallgruppen hierzulande im Optionsmodell abgebildet

werden sollen, die (a) durchschnittlich eine eher lange Verweildauer aufweisen und (b) in Australien bislang nicht vollständig über DRG-Pauschalen vergütet werden konnten. Nach Analyse aller australischen Fallgruppen-Profile (1999/2000) zeigte sich, dass es 31 Fallgruppen mit einer signifikanten Reklassifizierungsrate über 5% gab. Diese Fallgruppen sind zusammen mit den deutschen Verweildauereckdaten des (bislang noch nicht autorisierten) Referententwurfs in Tabelle 1 zusammengestellt.

Tabelle 1

DRG Bezeichnung	AR-DRG 4.1		G-DRG 1.0		Diff-VD
	ALOS (Tage)	% Reklassifiziert	FP-MVD obere (Tage)	GVD	
B60A Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie mit oder ohne OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC	27	5,6	15	30	-12
B63Z Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	18	12,7	8	23	-10
U63A Schwere affektive Störungen mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 69 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	22	9,6	13	28	-9
K61Z Schwere Ernährungsstörungen	14	8,0	6	21	-8
Z64A Andere Faktoren die den Gesundheitszustand beeinflussen, Alter > 79 Jahre	12	9,4	6	21	-6
I73A Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes, Alter > 59 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	14	11,1	9	24	-5
Z63A Andere Nachbehandlung mit äußerst schweren oder schweren CC	11	10,7	6	21	-5
J62A Bösartige Neubildungen der Mamma, Alter > 69 Jahre mit CC	8	7,4	5	20	-3
H61A Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, Alter > 69 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	9	5,5	6	21	-3
B64Z Delirium	10	7,5	7	22	-3
B67A Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	16	14,9	14	29	-2
I69A Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	12	10,3	10	25	-2
B66A Neubildungen des Nervensystems, Alter > 64 Jahre	10	7,6	8	23	-2
B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	17	22,5	15	30	-2
K62A Verschiedene Stoffwechselerkrankungen mit äußerst schweren CC	10	5,3	8	23	-2
I62A Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC	16	16,1	15	30	-1
B81A Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	10	11,6	9	24	-1
I75A Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk, Alter > 64 Jahre mit CC	10	12,3	9	24	-1
B69A Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC	10	8,4	9	24	-1
E66A Schweres Thoraxtrauma, Alter > 69 Jahre mit CC	9	6,6	9	24	0
L63A Infektionen der Harnorgane, Alter > 69 Jahre mit äußerst schweren CC	10	7,5	10	25	0
X60A Verletzungen, Alter > 64 Jahre mit CC	6	6,2	6	21	0
I74A Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß, Alter > 74 Jahre mit CC	6	8,4	7	22	1
B70B Apoplexie mit anderen CC	10	16,2	11	26	1
I76A Andere Erkrankungen des Bindegewebes, Alter > 69 Jahre mit CC	8	8,0	10	25	2
W61Z Polytrauma ohne signifikante Eingriffe	10	5,1	12	27	2
I71A Muskel- und Sehnenkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC	6	5,5	8	23	2
B61A Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarkes mit oder ohne OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC	26	7,5	28	43	2
B70C Apoplexie ohne andere CC	7	6,8	9	24	2
I62B Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC	10	13,1	14	29	4
I62C Frakturen an Becken und Schenkelhals ohne äußerst schwere oder schwere CC	5	5,4	11	26	6
GESAMT	12	11,2	10	25	-2

FP-MVD = mittlere Verweildauer der dt. Fallpauschale; ALOS = austral. Verweildauer; Diff-VD = Differenz

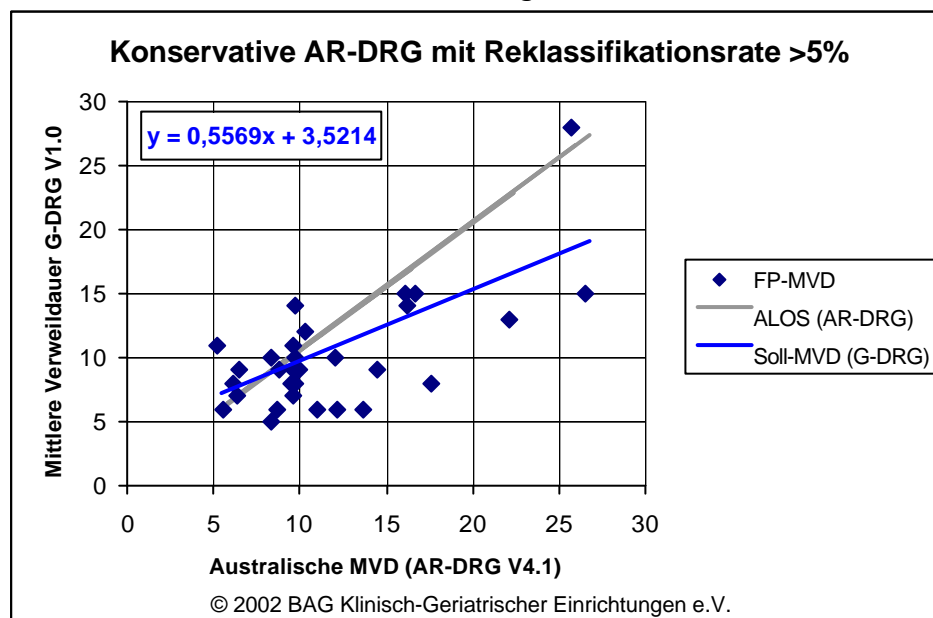
Bei Inkrafttreten dieses Entwurfs müssten in Deutschland im Mittel Verweildauern in diesen Fallgruppen erzielt werden, die zum Teil sogar weit unterhalb der –

wohlgemerkt mittels Reklassifizierung (Herausnahme aus dem DRG-System) oben abgeschnittenen – australischen Verweildauern liegen.

Die Versorgung von Demenzkranken, nicht-akuten Querschnittslähmungen, schwersten Depressionen mit schwersten Begleiterkrankungen, schweren Ernährungsstörungen und von schwerstbetroffenen Schlaganfallpatienten wäre schlagartig höchst defizitär, insbesondere in den hierauf spezialisierten Einrichtungen, deren besonderer Versorgungsauftrag - wie beispielsweise in der Geriatrie – darin liegt, entsprechend betroffene Patienten fallabschließend zu behandeln, d.h. nicht mehr weiterzuverlegen.

Die nicht realitätsgerechte Diskrepanz wird in Abbildung 1 verdeutlicht. Konservative Fallgruppen, für die in Australien zunächst eine hohe DRG-relevante Krankenhausverweildauer aufgewendet werden muss und zudem noch ergänzend bei einem signifikanten Teil der Patienten eine weitere Kostenart zur Sicherstellung des Fallabschlusses hinzugefügt werden muss, wären in Deutschland zukünftig unvermittelt dramatisch unterversorgt.

Abbildung 1



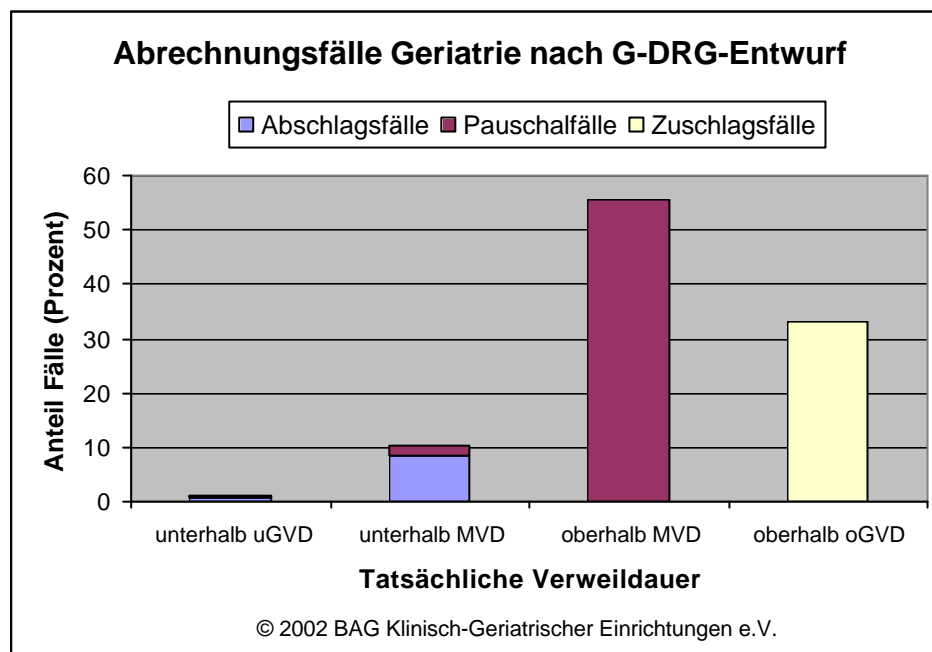
FP-MVD = mittlere Verweildauer der dt. Fallpauschale; ALOS = austral. Verweildauer

Ein Geriater, der auf Tabelle 1 schaut, muss Beklemmungen bekommen: Wie viele geriatrische Patienten fallen wohl in diese 31 Fallgruppen? Das ist mittlerweile leicht zu beantworten: Es waren im DRG-Projekt der BAG (April bis Juli 2002) über 62 Prozent von allen geriatrisch behandelten Patienten des Zeitraums. Von diesen wurden 82% aus anderen Krankenhaus-Fachabteilungen nach im Mittel 28,5 Tagen Vorbehandlung übernommen. Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) innerhalb der Fachabteilung Geriatrie dauerte dann – fallabschließend – im Mittel 23,5 Tage. Von den Behandlungsfällen entfielen nur 2,5% in die sog. Gewinnzone der Verweildauer-grenzen der Fallpauschalen, 9,2% entfielen auf die Abschlagzone und 53,8% der Behandlungsfälle würden in der Verlustzone (oberhalb MVD, unterhalb oGVD) abgerechnet werden müssen (Abb. 2). Insgesamt 33,2% der Fälle würden Zuschläge oberhalb der oberen Grenzverweildauer erhalten, jedoch nur für 11,8% der aufgewendeten Behandlungstage.

Die Versorgung der Fallgruppen der Tabelle 1 wäre damit insbesondere für die Geriatrie, aber auch für die Neurologie und Innere Medizin sowie Onkologie, programmiert defizitär. Eine qualitativ hochwertige oder auch nur eine medizinisch

gerade noch vertretbare Mindestversorgung könnte mit diesen Verweildauer-  
grenzen und den resultierenden Tagesgewichten nicht gewährleistet werden. Und  
hier muss auch betont werden: Komplementäre Versorgungseinrichtungen, die  
die Konsequenzen aus der dramatisch verkürzten Krankenhausbehandlung auf-  
fangen müssten, fehlen in Deutschland momentan. Weder der ambulante ärztli-  
che, noch der ambulante therapeutische oder pflegerische Sektor verfügen über  
die notwendigen Kapazitäten und Strukturen. Hinzu kommt, dass – wenn man  
von Qualität der medizinischen Versorgung der betroffenen Patientengruppen  
grundsätzlich absehen würde – auch der Bereich der stationären Pflegeeinrich-  
tungen dem hieraus notgedrungen resultierenden steigenden Bedarf an Heim  
und Kurzzeitpflegeplätzen derzeit überhaupt nicht gewachsen wäre.

Abbildung 2 (nur Reklassifizierungs-DRG gem. Tab. 1)



uGVD / oGVD = untere / obere Grenzverweildauer; MVD: mittlere Verweildauer (Fallpauschale)

Die BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. warnt deshalb eindringlich  
davor, den derzeit kursierenden Entwurf zum Fallpauschalenkatalog G-DRG V1.0  
in dieser Fassung dem Optionsmodell 2003 zu Grunde zu legen. Die BAG bereitet  
deshalb einen konstruktiven Ergänzungsvorschlag vor, um Verwerfungen insbe-  
sondere in den oben benannten Fallgruppen zu vermeiden. Es hilft aus der Sicht  
der BAG überhaupt nicht, dass das Bundesgesundheitsministerium bereits vor  
der Veröffentlichung darauf hinweist, dass der Katalog keine präjudizierende  
Wirkung haben wird. Die Sorge vor der erodierenden Kraft des Faktischen, die  
für die Versorgungsrealität daraus bereits 2003 resultieren wird, erscheint mehr  
als berechtigt: Auch wenn Fachkrankenhäuser für Geriatrie nicht optieren, wer-  
den sie sich mit den Kostenträgern hinsichtlich des Erwirkens von Kostenüber-  
nahmen auf der Grundlage eines derartigen FP-Katalogs nicht mehr sachgerecht  
auseinandersetzen können. Und sie werden bereits 2003 vor dem Hintergrund  
eines derartigen Katalogs keine wirklich leistungsgerechten Budgets verhandeln  
können. Die derzeitige finanzielle Situation der GKV lässt es völlig naiv erschein-  
en, anzunehmen, dass die Kostenträger dies nicht als Chance zur Verweildauer-  
verkürzung ansehen würden, ganz gleich, ob diese medizinisch sachgerecht ist  
oder nicht. Und die aktuelle Blockade in der Selbstverwaltung lässt es mehr als  
fraglich erscheinen, dass die offensichtlichen Fehler eines Fallpauschalenkatalogs  
in dieser Ausgestaltung im Jahr 2003 vollständig beseitigt werden könnten.