
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.
und
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie

Mai, 2002

Positionen der Geriatrie:
Zur Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen
(DRG) im Rahmen des Fallpauschalengesetz (FPG)¹

Markus Borchelt
Ludger Pientka
Norbert Wrobel
Elisabeth Steinhagen-Thiessen

¹ Eine frühere Version dieses Manuskripts wurde im Rahmen einer Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in Bonn am 22.04.2002 präsentiert

Stand 03.05.2002

Inhalt

POSITIONEN DER GERIATRIE: ZUR EINFÜHRUNG DIAGNOSEBEZOGENER FALLPAUSCHALEN (DRG) IM RAHMEN DES FALLPAUSCHALENGESETZ (FPG).....	1
Inhalt	2
Einleitung	3
Vorbemerkung zu Behandlungskosten in der Geriatrie	5
Position 1: Die Geriatrie muss im DRG-System verankert bleiben	5
Position 2: Die Geriatrie wird mittelfristig über eigene abrechenbare DRGs abgebildet werden müssen....	5
• Beispiel Apoplex (Abb. 4)	6
• Beispiel Femurfraktur (Abb. 5).....	7
• Exkurs: Systematische Analyse aller AR-DRG Profile (Abb. 8).....	9
Position 3: Kurzfristig ist die Definition einer sachadäquaten, abgestuften Verlegungsregel vordringlich	11
• Zur Problemlage.....	11
• Lösungsansatz in der Diskussion.....	12
• Verlegungsketten.....	12
• Zusammenfassende Stellungnahme zur Verlegungsproblematik	13
Position 4: Bundesweite Fallkostenkalkulationen müssen die auf Landesebene unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsformen berücksichtigen (§108 / §111 SGB V)	14
Position 5: Die Fachorganisationen der Geriatrie sind in die Lösung der anstehenden Probleme aktiv einzubinden.....	14

Einleitung

Die Positionen der Geriatrie sind in Abbildung 1 wiedergegeben. Die Geriatrie – vertreten durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG KGE) und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) – spricht sich geschlossen für eine feste Verankerung der Geriatrie im deutschen DRG-System aus.

Abbildung 1

Positionen 1-5

1. Die Geriatrie muss im DRG-System verankert bleiben
2. Mittelfristig wird die Geriatrie adäquat nur über eine eigenständige Hauptdiagnose und damit konsekutiv eigenständige abrechenbare DRGs abzubilden sein
3. Kurzfristig ist die Definition einer sachadäquaten, abgestuften Verlegungsregel vordringlich
4. Bundesweite Fallkostenkalkulationen müssen die auf Landesebene unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsformen berücksichtigen (§108 / §111 SGB V)
5. Die vertretenden Organisationen der Geriatrie (DGG, DGGG, BAG) kooperieren untereinander vollständig und sind in die Lösung der anstehenden Probleme (Verlegungsregel, Hauptdiagnose, Qualitätssicherung) aktiv einzubinden

Ausschuss Qualitätssicherung I (Gemidas) der BAG-KGE (2002), FGG (Charité), Humboldt-Universität Berlin

Da die Geriatrie in Australien nicht fallpauschaliert über DRG's abgerechnet wird, weist das AR-DRG-System hinsichtlich der Abbildung geriatrischer Leistungen erhebliche Lücken und Inkonsistenzen auf. Diese Lücken werden voraussichtlich bereits in der DRG-Einführungsphase 2003 bis 2007 die hierzulande mittlerweile fest etablierte und nachgewiesene wirksame geriatrisch-frührehabilitative Krankenhausbehandlung beeinträchtigen, insbesondere von

- geriatrischen Patienten mit akutem Schlaganfall,
- geriatrischen Sturzpatienten mit Frakturen, insbesondere der unteren Extremitäten,
- multimorbiden komplexgeriatrischen Patienten mit mehreren nebeneinander bestehenden, gleichrangigen Erkrankungen.

Das australische DRG-System fokussiert nahezu ausschließlich auf eine ökonomisch adäquate Abbildung der Akutbehandlung von Erkrankungen. Es ist damit in seiner aktuellen Ausgestaltung inhaltlich noch nicht in der Lage, die Leistungen der Frührehabilitation und hier insbesondere nicht die der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung sachadäquat zu differenzieren. Zu dieser Einschätzung kommt auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) in seinem Gutachten 2000/2001 (Abb. 2).

Abbildung 2

Zitat

Aus dem Gutachten des Sachverständigenrats für die KAiG 2000/2001:

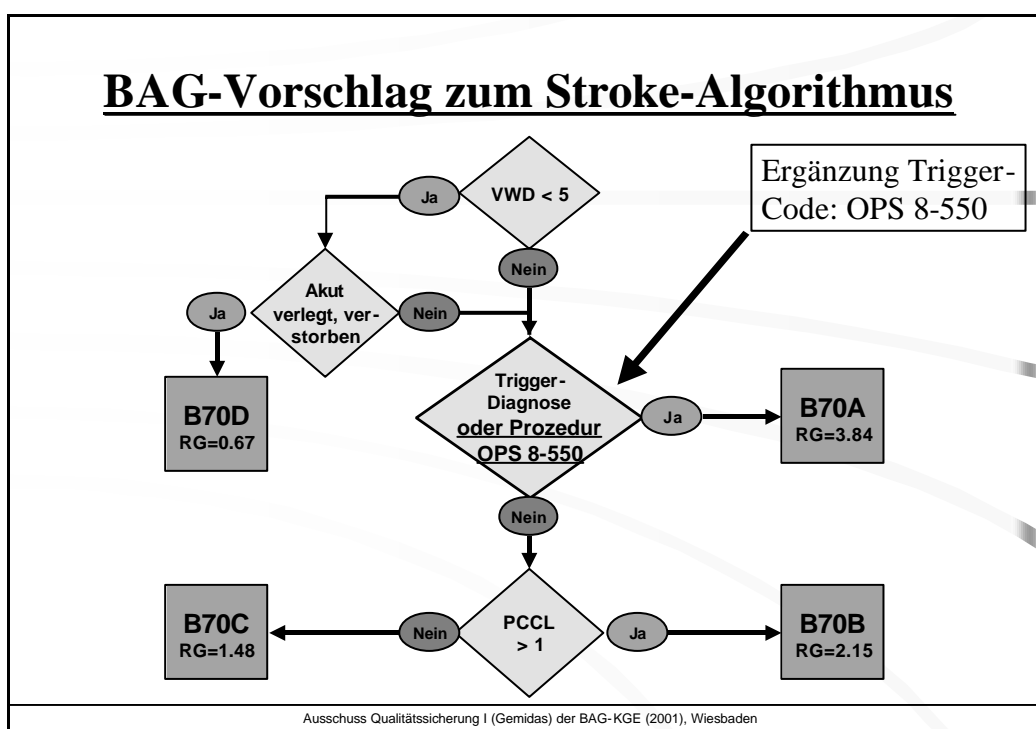
- „Aus der Sicht des Rates werden sich diese Probleme durch die Einführung der DRGs und der damit zu erwartenden Verkürzung der KH-Verweildauer weiter verschärfen...“
- Gemeint sind: Dominanz akutmed. Versorgung, somatische Fixierung, Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation, unzureichende Pat.-Schulung...

Band III „Über-, Unter- und Fehlversorgung“, Kap. 7 „Versorgung chronisch Kranker“

Ausschuss Qualitätssicherung I (Gemidas) der BAG-KGE (2002), FGG (Charité), Humboldt-Universität Berlin

Die Methodik des australischen DRG-Systems ist aber *nicht prinzipiell* ungeeignet, auch die spezifischen Leistungen der Geriatrie adäquat abzubilden und gruppierungsrelevant zu bewerten. Die Geriatrie sieht es daher derzeit als eine ihrer zentralen Aufgaben an, zunächst die Möglichkeiten zu eruieren, die das System für kurzfristige Anpassungen eröffnet, um im weiteren Verlauf auch an langfristigen Lösungen konstruktiv mitzuwirken. Dementsprechend hat die Geriatrie bereits konkrete Vorschläge erarbeitet, die sich kurzfristig realisieren lassen (Abb. 3)², und bereitet weitere vor, die eher einer mittel- bis langfristigen Perspektive folgen (vgl. Abb. 7 weiter unten).

Abbildung 3



² Positionspapier "DRG-Probleme der Geriatrie", BAG, 01/2002

Vorbemerkung zu Behandlungskosten in der Geriatrie

Im Wesentlichen lassen sich zunächst zwei grundlegende Faktoren identifizieren, die entscheidenden Einfluss auf die Behandlungskosten in der Geriatrie haben:

1. Täglicher Einsatz eines multidisziplinären Teams – wie im OPS 8-550 spezifiziert - besetzt mit
 - a. Ärzten
 - b. Pflegekräften
 - c. Physiotherapeuten
 - d. Ergotherapeuten
 - e. Logopäden
 - f. (Neuro-)Psychologen
 - g. Sozialarbeitern
 - h. Diätassistenten
2. Verweildauer

Das Vorhalten des geriatrischen Teams – an dessen Besetzung und patienten- bzw. stationsnaher Verfügbarkeit sich auch die Qualität geriatrischer Versorgung wesentlich festmachen lässt (vgl. Mindestkriterien zum OPS 8-550) – stellt für jede Geriatrie den größten Kostenfaktor dar. Auf Fallkostenebene ist dementsprechend die Dauer der Inanspruchnahme der Leistungen des Teams der entscheidende Kostenfaktor, d.h. die Verweildauer eines Patienten bestimmt ganz wesentlich die tatsächlichen Fallkosten.

Je nach Ausprägung der Einbeziehung einer geriatrischen Klinik in die Notfall- und Akutversorgung (z.B. 24stündige Aufnahmebereitschaft auch aus umliegenden Rettungsstellen) kommt dann ein mehr oder weniger großer akutmedizinischer Bedarf mit den entsprechenden Kosten hinzu (ärztliche Dienstbereitschaft, akutmedizinische Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten wie Röntgen, Labor, Monitoring etc.pp.).

Umgekehrt können es bestimmte lokale Versorgungsstrukturen auch notwendig machen, dass eine geriatrische Klinik einen deutlich gesteigerten Bedarf an Pflegepersonal und Sozialarbeitern hat, wenn beispielsweise schwer- und schwerstpflegebedürftige Patienten zum Ende ihres Krankenhausaufenthaltes grundsätzlich in die Geriatrie verlegt werden, deren Aufgabe es dann ist, vor Entlassung die weitere Versorgung (Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, ambulante Pflege, Hospiz etc.) zu organisieren.

Position 1: Die Geriatrie muss im DRG-System verankert bleiben

Es ist von einem zunehmenden Bedarf an geriatrischer Krankenhausbehandlung auszugehen – und zwar infolge sowohl der demographischen Entwicklung als auch der zu erwartenden weiteren Verweildauer-Verkürzung im Zuge der DRG-Einführung.

Die Geriatrie

- hat nachweislich (auch in anderen Ländern) längere Verweildauern als andere Fachabteilungen;
- übernimmt bis zu 80% ihrer Pat. von anderen Fachabteilungen;
- verkürzt damit die Verweildauer in anderen Fachabteilungen;
- wird von anderen Fachabteilungen als Nachbehandler akzeptiert und benötigt (hohe Auslastung);
- übernimmt für geriatrische Pat. als abschließende Behandlung damit das volle „Verweildauerrisiko“ plus zunehmend das Risiko etwaiger Frühkomplikationen.

Daher muss die Geriatrie im DRG-System verbleiben.

Position 2: Die Geriatrie wird mittelfristig über eigene abrechenbare DRGs abgebildet werden müssen

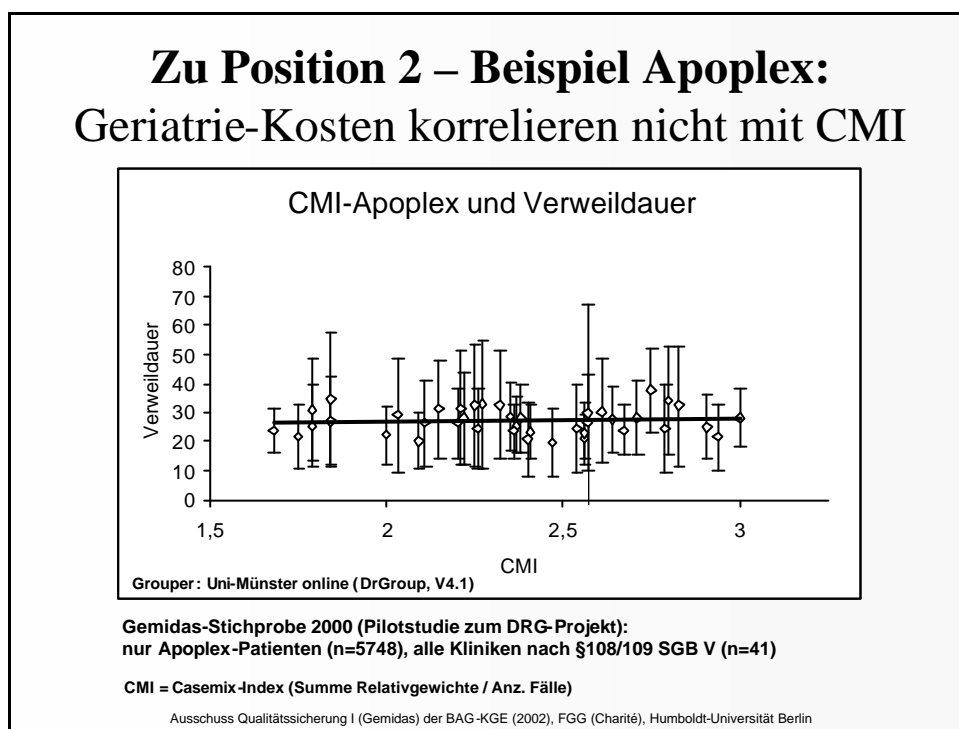
Die australische Geriatrie ist im AR-DRG-System nicht enthalten, d.h. geriatrische Diagnosen, Prozeduren und Kosten sind nicht adäquat repräsentiert. Das AR-DRG-System

bewertet – für deutsche Verhältnisse – den akut-/intensivmedizinischen und chirurgischen Bereich überproportional hoch.

- Beispiel Apoplex (Abb. 4)

Daten des Zentralregisters der Geriatrie³ aus dem Jahr 2000 zeigen für Krankenhausfälle⁴ anhand von insgesamt N=5.748 dokumentierten Fällen mit der Hauptdiagnose einer zerebrovaskulären Erkrankung ("Schlaganfall" u.a., ICD-10 V1.3: I60-I69), dass der aus den individuellen Nebendiagnosenprofilen durchschnittlich ermittelte CMI⁵ der Kliniken nicht mit der Verweildauer (als grundlegendem Kostenfaktor) korreliert. In Abb. 4 werden die durchschnittliche Verweildauer (y-Achse) und der durchschnittliche CMI (x-Achse) aller beteiligten 41 Krankenhausgeriatrien wiedergegeben.

Abbildung 4



Ergänzende Analysen konnten zeigen, dass spezifisch erklärbare Verweildauerunterschiede nur zu etwa 50%⁶ auf Krankenhausunterschiede bzw. regionale Besonderheiten zurückgeführt werden können. Die übrigen 50% erklären sich aus individuellen Patientenunterschieden, wobei im Wesentlichen *funktionelle* Defizite (dokumentiert mittels standardisierter Tests) hierbei von entscheidender Bedeutung sind, während spezifische Erkrankungen (kodiert mittels ICD) statistisch keinen wesentlichen prädiktiven Wert besitzen. Typisch geriatrische funktionelle Defizite spiegeln sich demnach nicht in der ICD wider und lassen sich auch nicht adäquat mit der neuen ICD-10 V2.0 abbilden. Sie lassen sich aber gleichwohl standardisiert erfassen (Assessment) und erweisen sich als robuste Prädiktoren der Verweildauer und damit der Behandlungskosten (s. Vorbemerkung).

Vordringliche Aufgabe der Geriatrie wird daher sein, den **spezifischen prozeduralen Kern der Verweildauer** geriatrischer Patienten herauszuarbeiten (geriatrische Prozeduren, Behandlungsstrategien, Behandlungspfade). Wenn es gelingt, spezifische und verweildauerrelevante geriatrische Behandlungsinhalte, die sich aus funktionellen Defiziten ergeben, prozedural abzubilden und in die OPS-Systematik einzupflegen, dann könnte das diesbezügliche Manko der ICD durchaus auf der Basis der DRG-Prinzipien ausgeglichen werden.

³ Geriatrisches Minimum Data Set - Gemidas

⁴ n=41 geriatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen gem. §108 i.V.m. §109 SGB V

⁵ Case-Mix-Index; Groupier: DrGroup© von VisaSys in der online-Implementierung der Uni Münster

⁶ Varianzzerlegung mittels regressionsanalytischem Ansatz; zit. aus: s. Fußnote 9

- Beispiel Femurfraktur (Abb. 5)

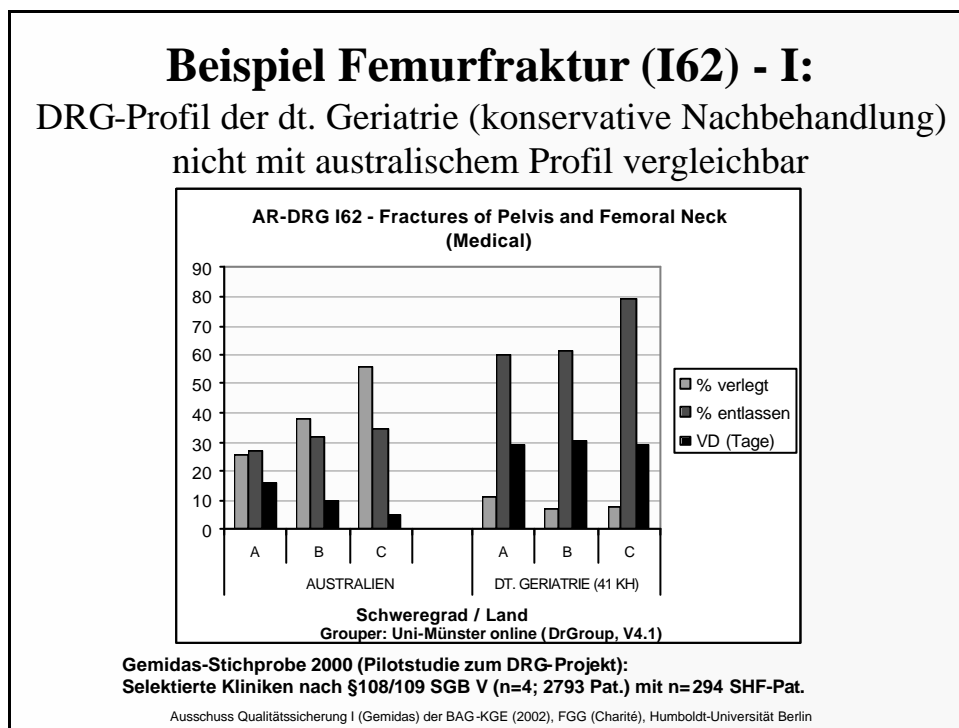
Die Femurfraktur ist die zweithäufigste Einzel-Hauptdiagnose in der Geriatrie. Dies erklärt sich aus der mit dem Alter zunehmenden Inzidenz der Femurfraktur, die wiederum aus dem Zusammenkommen von physiologischer Altersinvolution der Knochen **und** des Nervensystems (Zunahme lokomotorischer Defizite ohne pathologisch-organisches Korrelat, jedoch mit konsekutiv erhöhtem Sturzrisiko) und pathologischer Entwicklung einer Osteoporose entsteht.

Die Femurfraktur kann damit - aus geriatrischer Sicht - als prototypisch für die bestehende und zu behebende Insuffizienz der aktuellen AR-DRG angesehen werden. Die Ausrichtung und Fokussierung der AR-DRG auf die Akutsituation der Fraktur führt dazu, dass die nach geglückter chirurgischer Intervention notwendige und alles entscheidende Mobilisations- und Funktionsbehandlung unterbewertet wird.

Auch in Australien wird bei Alterspatienten eine an die chirurgische Intervention anschließende Nachbehandlung erforderlich sein. Der Unterschied zur deutschen Situation besteht jedoch aktuell darin, dass diese geriatrische Nachbehandlung nicht über AR-DRG abgerechnet wird. Dies geht auch aus einer Detailanalyse der klinischen Profile der 661 abrechenbaren AR-DRG (1999-2000) hervor, die im April 2002 von der Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB durchgeführt wurde und die auf der Veröffentlichung der Daten auf dem Server des australischen Gesundheitsministeriums beruht.⁷

Im Ergebnis der Auswertung der abrechenbaren (vierstelligen) DRG's unter der Basis-DRG "I62 Frakturbehandlung ohne Angabe einer chirurgischen Prozedur" wird offenkundig, dass die in Australien hierüber abgerechneten Behandlungsfälle in Abhängigkeit vom Schweregrad häufig nicht abgeschlossen, sondern vielfach in ein anderes Krankenhaus zur Weiterbehandlung verlegt werden (Abb. 5).

Abbildung 5

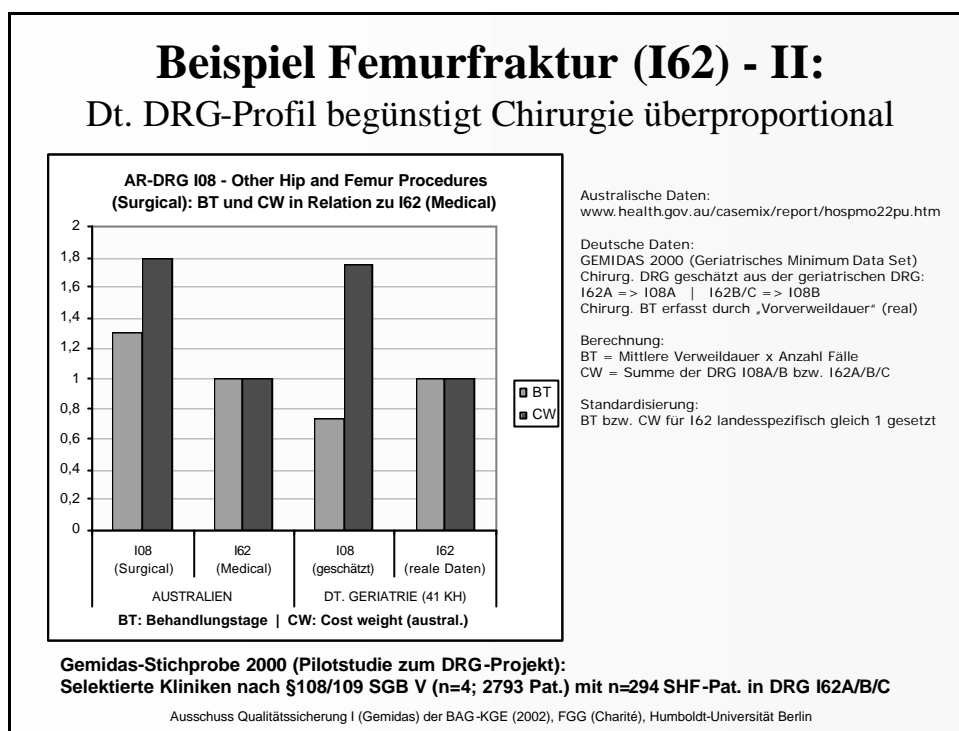


Nach Gruppierungsergebnis der Daten deutscher Geriatrien (Gemidas 2000) werden hierzulande jedoch geriatrische Patienten ganz überwiegend fallabschließend behandelt und nach Hause entlassen und eben nicht mehr weiterverlegt. Des erklärt unmittelbar die

⁷ <http://www.health.gov.au/casemix/report/hospmo22pu.htm>

längere Verweildauer und damit die höheren Fallkosten innerhalb dieser DRG im Vergleich zur australischen Situation.

Abbildung 6



Bringt man das oben dargestellte Ergebnis in Zusammenhang mit der Profilanalyse zur Basis-DRG 108 ("Andere Hüft- oder Femurprozedur [chirurgisch]"), so wird eine weitere wesentliche Diskrepanz zur Versorgungsstruktur hierzulande offenbar: In Australien haben die 108-DRGs insgesamt ein wesentlich höheres Gewicht in Relation zur 162, das sich auch in der längeren Verweildauer der australischen 108- im Vergleich zur australischen 162-Gruppe widerspiegelt. Hierzulande wird es – gerade auch initial in der DRG-Einführungsphase – eher exakt umgekehrt sein: die Verweildauer in der Chirurgie wird voraussichtlich weiter dramatisch reduziert werden, die Verlegungen zur fallabschließenden geriatrischen Behandlung werden entsprechend zunehmen. Da Entlassungsort und geriatrisch-frührehabilitative Prozeduren (noch) *nicht* gruppierungsrelevant sind, wird die deutsche Chirurgie Femurfrakturpatienten über die 108 und die deutsche Geriatrie dieselben Patienten nach Übernahme aus der Chirurgie über die 162 abrechnen (müssen). Dabei ist bereits absehbar, dass das prozedurale Gesamtprofil der deutschen Chirurgie nicht dem australischen Pendant (>75% Physiotherapie, >30% Ergotherapie, >25% Sozialdienstintervention, >18% Diätberatung⁸) entsprechen wird.

Offenkundig kann dieses Problem nicht damit gelöst werden, für die deutschen 162-DRG's im Vergleich zu den australischen entsprechend höhere relative Kostengewichte zu ermitteln. Das Problem besteht darin, dass die Zuordnung zur 162 nur implizit definiert ist, d.h. bei *Abwesenheit* einer chirurgischen Prozedurkodierung. Ein höheres Relativgewicht für 162 wäre jedoch nur angebracht in Abhängigkeit folgender Merkmale:

1. Durchgeführte frührehabilitativ-geriatrische Komplexbehandlung einschließlich Assessment beispielsweise zur Sturzabklärung
2. Abschliessende Behandlung, d.h. Entlassung, nicht Verlegung am Behandlungsende

Nur mittels dieser beiden Mindestkriterien ließen sich geriatrisch-frührehabilitative Behandlungsfälle von "normalen" internistischen Behandlungsfällen ohne Komplexbehand-

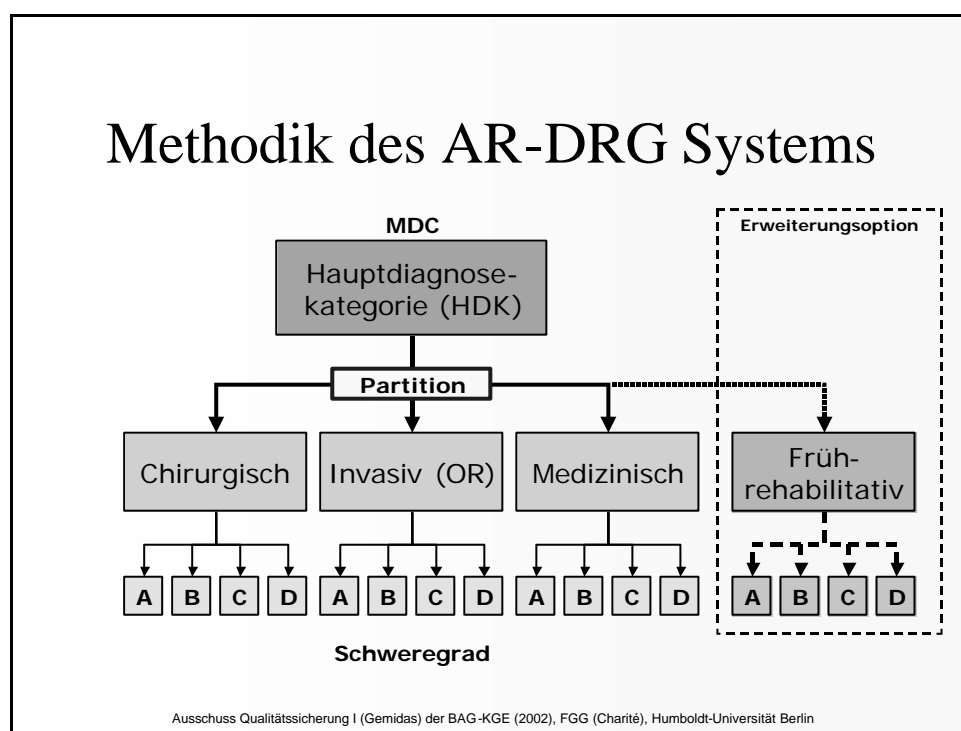
⁸ http://www.health.gov.au/casemix/report/tables9900/tbl0809_pu.pdf, S. 12

lung einigermaßen sicher unterscheiden, die ja perspektivisch ebenfalls – bei Hauptdiagnose Femurfraktur ohne chirurgische Prozedur - über die DRG 162 abgerechnet werden.

Zusammenfassend wird man also nicht umhin kommen, hier eigenständige abrechenbare DRGs einzurichten, deren Zuordnungen *explizit* definiert sind - d.h. über die konkrete Verschlüsselung des OPS 8-550 (geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung) bzw. einer der zukünftigen weiteren Differenzierungen.

Vereinfacht dargestellt wird im AR-DRG-System durch die **Hauptdiagnose** zunächst die Hauptdiagnosekategorie (HDK, major diagnostic category – MDC) festgelegt, die im DRG-Code mit einem Großbuchstaben angegeben wird (B, C, D usw.). Die dreistellige Basis-DRG ergibt sich dann aus dem ergänzenden zweistelligen Partitionscode der zumeist aus der **Hauptprozedur** abgeleitet wird, wobei die AR-DRGs drei Partitionen unterscheiden (chirurgische, invasive ["operation room"] und medizinische Prozeduren). Schließlich bestimmen im Wesentlichen die **Nebendiagnosen** über den Fallschweregrad und damit über die vierstellige "abrechenbare DRG". Diese Struktur ist dabei nicht geschlossen, sondern durchaus erweiterungsfähig. Wie in Abb. 7 illustriert könnte die geriatrische Prozedur OPS 8-550 beispielsweise in eine "frührehabilitative Partition" der G-DRG führen, ohne das übrige System deshalb modifizieren zu müssen.

Abbildung 7



- Exkurs: Systematische Analyse aller AR-DRG Profile (Abb. 8)

Da grundsätzlich anzunehmen ist, dass geriatrische Behandlungsfälle auch in Australien nicht vollständig außerhalb des DRG-Systems behandelt und abgerechnet werden, wurde wie oben bereits erwähnt eine vollständige systematische Profilanalyse der australischen Akutkrankenhausesfälle durchgeführt. Die zentrale Fragestellung dabei war, welche DRG's sich aufgrund ihres Profils am ehesten als "vorrangig geriatrisch" einstufen lassen und welche weiteren Charakteristika solche "geriatrischen AR-DRG's" (Verweildauer, Mortalität, Morbidität einschließlich Haupt- und Nebendiagnosen, Interventionen) aufweisen.

Die deskriptiven Ergebnisse sind in Abb. 7 zusammengestellt. Als "Geriatrie-Kriterien" wurden die folgenden Merkmale des Profils gewertet:

- Anteil 70jährige und ältere Patienten größer gleich 66%
- Anteil 70jährige und ältere Patienten größer gleich 50%
- Anteil Entlassungen ins Pflegeheim größer gleich 10%

Abbildung 8

Systematische Analyse aller australischen DRG-Profile 1999-2000^{\$}

(n=559, 102 DRG ausgeschlossen*)

KRITERIEN	"GERIATRISCHE" DRGs						nonGERIATRICS	
	>66% 70+ / >10% PH		>66% 70+		>50% 70+		<50% 70+	
PARTITION	MED	CHIROR	MED	CHIROR	MED	CHIROR	MED	CHIROR
Anzahl DRG	11	4	41	11	36	27	198	231
Anzahl Fälle	35696	10613	140946	53442	145848	54206	1788891	826006
Anzahl Fälle 70+ J.	28947	8426	111278	38151	85751	29681	365406	131206
Durchschn. %-Anteil 70+ J.	82,6	75,1	81,7	71,6	58,0	56,0	20,0	21,6
Durchschn. %-Anteil Verlegt	13,3	31,0	13,4	10,2	11,9	8,7	8,2	5,1
Durchschn. %-Anteil E in PH	12,7	12,6	5,1	2,7	2,9	2,3	0,9	0,6
Durchschn. %-Anteil Exitus	6,6	6,5	8,4	1,4	7,2	3,6	2,3	1,6
Durchschn. Kostengew. (CW)	2,3	4,6	1,7	3,3	1,5	3,5	1,2	2,8
Durchschn. mittlere VD	11,8	17,9	8,2	8,6	6,4	10,7	4,7	6,8

Kriterien für „geriatriische DRG“: Anteil „70 plus years“ $\geq 66\%$ bzw. $\geq 50\%$, mit/ohne Anteil Pflegeheim(PH)-Entlassungen $\geq 10\%$ (n=15 DRG erfüllen alle Kriterien)

\$ Verfügbar unter www.health.gov.au/casemix/report/ (AR-DRG 4.1, Round 99-00)

*** Ausgeschlossene DRG:** Schwangerschaft, Geburt, Kinder (<16 J.), Alkohol/Drogen, Verbrennungen, HIV, Fehler-DRG, Pre-MDC

Ausschuss Qualitätssicherung I (Gemidas) der BAG-KGE (2002), FGG (Charité), Humboldt-Universität Berlin

Im Ergebnis erfüllten insgesamt 15 AR-DRG alle Kriterien (11 medizinische und 4 chirurgische, Abb. 9). Sowohl in den medizinischen wie in den chirurgischen DRG liegt der durchschnittliche prozentuale Anteil der am Behandlungsende verlegten Patienten mit 13,3% bzw. 31,0% deutlich über dem bundesdeutschen Geriatrie-Durchschnitt mit nur 7,15%⁹.

Abbildung 9

Australische DRGs (4.1, 99-00) mit geriatrischem Profil (n=15)

DRG	Description	% 70+ J.	% verlegt	% Pfl.-Heim	% Exitus
B63Z	Dementia and Other Chronic Disturbances of Cerebral Function	83,3	8,8	21,7	3,4
B64Z	Delirium	72,2	13,9	10,8	3,0
B67A	Degenerative Nervous System Disorders	60,8	13,5	12,8	10,3
B70A	Stroke	76,4	19,1	10,8	15,1
B81A	Other Disorders of the Nervous System	68,0	14,7	10,4	3,1
I62A	Fractures of Pelvis and Femoral Neck	87,9	25,5	12,7	17,3
I74A	Injury to Forearm, Wrist, Hand or Foot Age>74	100,0	15,9	11,4	1,3
K62A	Miscellaneous Metabolic Disorders	67,1	9,1	11,5	9,4
L63A	Kidney and Urinary Tract Infections Age>69	100,0	8,5	15,7	5,6
X60A	Injuries Age>64	92,5	12,5	10,1	1,9
Z64A	Other Factors Influencing Health Status Age>79	100,0	5,1	11,8	2,5
F11A	Amputation for Circ System Except Upper Limb and Toe W Catastrophic CC (Surgical)	70,7	24,7	12,4	16,4
F11B	Amputation for Circ System Except Upper Limb and Toe W/O Catastrophic CC (Surgical)	67,8	29,8	13,4	3,1
I08A	Other Hip and Femur Procedures W Catastrophic or Severe CC (Surgical)	79,6	32,1	13,7	6,2
I08B	Other Hip and Femur Procedures Age>54 W/O Catastrophic or Severe CC (Surgical)	82,2	37,3	11,1	0,4

Ausschuss Qualitätssicherung I (Gemidas) der BAG-KGE (2002), FGG (Charité), Humboldt-Universität Berlin

Bemerkenswert ist weiterhin, dass die durchschnittliche australische Verweildauer in den medizinischen DRG mit 11,8 Tagen erheblich unter der in den chirurgischen DRG mit 17,9 Tagen liegt. Gleichzeitig liegt insbesondere die "chirurgische" Verweildauer erheblich über dem australischen Gesamtdurchschnitt von ca. 3 Tagen (wobei diese vielzitierte

⁹ Borchelt et al. (1999), <http://link.springer.de/link/service/journals/00391/papers/9032001/90320011.pdf>

Angabe alle Tagesfälle mit einschließt und daher erheblich verzerrt und nur mit Vorbehalt zu bewerten ist).

Die Konstellation deutet damit insgesamt darauf hin, dass in Australien mit der DRG I08 bereits eine Art "Komplexbehandlung" (Operation und Frühmobilisation) abgerechnet wird, die jedoch trotz der durchschnittlich 17,9 Tagen Verweildauer in über 30% der Fälle nicht fallabschließend ist, gleichzeitig ist aber auch das medizinisch-konservative Pendant hierzu (DRG I62) mit Verlegungsquoten zwischen 25,5% (I62A) und 55,3% (I62C) ebenfalls nicht als fallabschließend zu bezeichnen.

Hierzulande lässt sich die australische Konstellation nicht auf geriatrische Fachabteilungen an Krankenhäusern übertragen, die neben der Geriatrie auch über eine Unfallchirurgie verfügen, und noch weniger auf geriatrische Fachkrankenhäuser, die Frakturpatienten von externen unfallchirurgischen Fachabteilungen übernehmen. In beiden Fällen wird die Diagnosen- und Prozedurendokumentation der Unfallchirurgie bereits unabhängig von einer geriatrischen Intervention in die I08A oder I08B führen, da die geriatrische Behandlung oder Verlegung nicht gruppierungsrelevant ist.

Welchen Anreiz kann es in dieser Konstellation für ein Krankenhaus mit Unfallchirurgie und Geriatrie geben, die vergleichsweise personalintensive geriatrische Fachabteilung bzw. die verweildauerintensive geriatrisch-fallabschließende Behandlung aufrecht zu erhalten? Dieser besonderen Leistung folgt das Entgelt eben (noch) nicht, und damit bereits wird unmittelbar die erreichte Versorgungsqualität geriatrischer Frakturpatienten gefährdet – mit einer deutlichen Zunahme von Heimübergängen und/oder einem wesentlich erhöhten Bedarf an Kurzzeitpflegeeinrichtungen wäre zu rechnen.

Nach Mitteilung der DKG soll für extern verlegte Frakturpatienten die Frakturdiagnose als Hauptdiagnose im übernehmenden Krankenhaus weitergeführt werden. Eine insbesondere für geriatrische Fachkrankenhäuser unhaltbare Kodierrichtlinie. Femurfrakturpatienten werden damit grundsätzlich über die I62 abgerechnet werden müssen (Hauptdiagnose triggert), wobei der australische Algorithmus zur weiteren Differenzierung innerhalb dieser DRG ausschließlich den PCCL-Wert – das heißt ausschließlich den organischen Erkrankungsschweregrad – berücksichtigt. Funktionelle und psychosoziale Frakturfolgen und ihre fachgerechte komplexgeriatrische Behandlung sind nach AR-DRG irrelevant. Auch hier droht eine erhebliche Einbuße in der Versorgungsqualität, da alle Patienten in allen Fachabteilungen allein aufgrund der Haupt- und Nebendiagnosen, d.h. unabhängig von der durchgeführten Intervention, entsprechend eingruppiert werden. Damit folgt wiederum das Entgelt nicht der Leistung, und das heißt im Umkehrschluss, dass perspektivisch die Leistung nicht wird aufrechterhalten werden können.

Position 3: Kurzfristig ist die Definition einer sachadäquaten, abgestuften Verlegungsregel vordringlich

Die Geriatrie stellt fallabschließend die nachgehende Versorgung sicher und muss direkt mit den Kostenträgern abrechnen können. Die Geriatrie begrüßt daher das Bemühen der Selbstverwaltung um eine entsprechende „Verlegungsregel“.

Die konkrete Ausgestaltung dieser Verlegungsregel muss jetzt vorrangig und unter direkter Beteiligung der Geriatrie erfolgen. Eine Verlegungsregel muss aus der Sicht der Geriatrie insbesondere

- Anreize bieten zur frühzeitigen Verlegung in die Geriatrie,
- Anreize bieten zur direkten Verlegung in die Geriatrie,
- berücksichtigen, dass die Geriatrie fallabschließend tätig ist und damit das Verweildauerrisiko von der verlegenden Abteilung voll übernimmt.

• Zur Problemlage

Ein Patient, der im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nacheinander in verschiedenen Fachabteilungen **eines** Krankenhauses behandelt wird, wird im fallpauschalierten System über eine einzelne DRG abgerechnet. werden. Für Verlegungsfälle zwischen **verschiedenen** Krankenhäusern würde nun eine gleichlautende Regel – die Abrechnung

einer DRG über zwei (oder mehrere) verschiedene beteiligte Krankenhäuser hinweg – ein Kooperationsmodell aller beteiligten Kliniken erfordern oder voraussetzen. Dies kann nicht als praxistaugliches Abrechnungsmodell angesehen werden. In Ballungsräumen müssten womöglich alle größeren Kliniken zu einem solchen Modell zusammenfinden.

Umgekehrt kann es wohl auch nicht sein, dass zwei voneinander unabhängige Krankenhäuser, die sich die Behandlung eines Falles "teilen", entweder ein und dieselbe DRG **zweimal** abrechnen oder auch zwei verschiedene DRG (aufgrund wechselnder Hauptdiagnose), während das Krankenhaus, das einen gleich gelagerten Fall unter Beteiligung von zwei hausinternen Fachabteilungen behandelt, grundsätzlich immer nur eine DRG einmal abrechnen kann. Eine solche Regelung würde einen ökonomisch motivierten Verlegungsanreiz bieten, der nicht im Interesse der betroffenen Patienten, ebenso wenig im Interesse einer effektiven und effizienten ärztlichen Versorgung und erst recht nicht im Interesse der Kostenträger liegen kann. Es wäre absehbar, dass eine solche Regelung perspektivisch zu einer Halbierung der Relativgewichte bzw. des Basisfallpreises führen müsste, um die doppelte Abrechnung wieder auszugleichen.

- Lösungsansatz in der Diskussion

Nach Aussage von Beteiligten in der Selbstverwaltung könnte eine Lösung der oben skizzierten Situation darin bestehen, für Verlegungsfälle einen Abrechnungsmodus zu finden, der weder Anreize für rein ökonomisch motivierte Verlegungen bietet, noch den Nachbehandlern aufbürdet, zu "Bittstellern" bei den erstbehandelnden Kliniken zu werden und um eine Beteiligung an der Fallpauschale im Einzelfall zu feilschen.

Das Prinzip eines der verschiedenen möglichen Denkmodelle zentriert sich um eine "75%-Regel": Jede der an einem bestimmten Fall innerhalb einer geschlossenen Verlegungskette beteiligten Krankenhäuser rechnet eine eigenständige DRG ab, erhält jedoch für Verlegungsfälle einen Abschlag von 25%, wenn ein Patient entweder am Anfang aus einem anderen Krankenhaus übernommen oder am Ende zur Weiterbehandlung in ein anderes Krankenhaus (weiter)verlegt wird.

Die Kompromissformel könnte für den Erstbehandler einen Anreiz bieten, einen Patienten eher bis zur Entlassung zu behandeln und nicht zu verlegen, um den 25%-Abschlag zu vermeiden, gleichzeitig aber auch den Anreiz, bei erkennbar nicht ausreichender Kapazität oder Spezialisierung bestimmte Patienten – und gerade auch geriatrische mit in der Regel insgesamt eher längerer Rekonvaleszenz und Bedarf an komplex-funktioneller Frührehabilitation, die nicht überall vorgehalten wird und werden kann – möglichst frühzeitig zu verlegen, um trotz des zu erwartenden 25%igen Abschlags noch wirtschaftlich zu bleiben.

Gleichzeitig würde die 75%-Regel die Situation für typischerweise eher nachbehandelnde Fächer wie die Geriatrie durchaus kalkulierbar machen, und sie trägt zudem der Tatsache Rechnung, dass bei Verlegungen zwar bestimmte Prozeduren bereits abgearbeitet wurden, dennoch aber keine 100%ige Vermeidung von Doppeluntersuchungen erreicht werden kann, da grundlegende Prozeduren (EKG, Labor, Röntgen etc.) routinemäßig immer erbracht werden. Insofern steht auch bei einem einfachen Verlegungsfall (zwei beteiligte Krankenhäuser) die (in Summe) dann 1,5-fache Abrechnung einer DRG nicht in eklatantem Gegensatz zu der Situation einer Komplettbehandlung mittels zweier Fachabteilungen innerhalb eines Krankenhauses mit nur 1-facher DRG-Abrechnung.

- Verlegungsketten

Es bleibt das Problem der Verlegungsketten, etwa wenn spezifische medizinische Behandlungsprobleme eine zwischenzeitliche Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung erforderlich machen, die gleichzeitig nicht mit einer langen Verweildauer einhergehen, insbesondere wenn der Pat. unmittelbar stationär zurück- oder weiterverlegt werden kann. Dies sei an einem Beispiel verdeutlicht: Verlegung eines Patienten mit Z.n. Apoplex aus der Stroke Unit eines städtischen Krankenhauses bei nach 8-tägiger Behandlung akut aufgetretener instabiler Angina pectoris zum Herzkatheter und Monitoring in der Kardiologie der Universitätsklinik; nach nur 3-tägigem Aufenthalt dort, mit Ausschluss eines Herzinfarktes und Stentimplantation, Weiterverlegung in ein gemeinnütziges geriatrisches Fachkrankenhaus zur Frührehabilitation: Angenommen, das städtische Kranken-

haus hat keinen Herzkatheterplatz und die Universitätsklinik keine Geriatrie, dann müssen beide verlegen, wobei die nachgeschalteten Krankenhäuser durchaus von den bereits durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Prozeduren der Vorkrankenhäuser profitieren. Dies trifft im Beispiel insbesondere für die kurzfristig eingeschaltete Kardiologie zu, die sich weder vor die Aufgabe einer vollständigen Aufnahmeuntersuchung, noch vor die Aufgabe der Sicherstellung der weiteren Versorgung gestellt sieht.

- Zusammenfassende Stellungnahme zur Verlegungsproblematik

Die Abstufung von DRG-Abschlägen bei Verlegungsfällen zwischen Krankenhäusern muss ausgewogen erfolgen. Im fallpauschalierten Entgeltsystem wird das Verweildauerisiko nicht mehr von den Kostenträgern, sondern von den Krankenhäusern getragen. Die fallabschließende Behandlung in den Geriatrien ist hiervon in besonderem Maße betroffen. Die vorhandenen Versorgungsstrukturen haben in den letzten Jahren verstärkt dazu geführt, dass die Geriatrie in zunehmenden Maße von den anderen Fachabteilungen in diesem Sinne eingeschaltet und genutzt wird. Die zu erwartende weitere Verweildauerkürzung in allen Fachabteilungen lässt bereits kurzfristig einen weiter steigenden Bedarf an geriatrischer Nach- und Abschlussbehandlung erwarten.

Die Geriatrie stellt daher an die konkrete Ausgestaltung einer "Abschlagsverlegungsregel", der sie prinzipiell positiv gegenübersteht, folgende grundlegenden Forderungen:

1. Die Abstufung muss sowohl Aufnahmeverlegungen (Pat. wird aus einem anderen KH übernommen) als auch Entlassungsverlegungen (Pat. wird am Behandlungsende in ein anderes KH verlegt) differenziert berücksichtigen;
2. Die Höhe der Abschläge muss sich an folgendem Schema orientieren: Aufnahme- und Entlassungsverlegung (Zwischenbehandlung) > Entlassungsverlegung > Aufnahmeverlegung; dieses Schema berücksichtigt sowohl die durchschnittlich niedrigere Belastung eines zwischenbehandelnden KH, wie auch das durchschnittlich höhere Verweildauerisiko des fallabschließenden KH, zum Beispiel:
 - a. Abschlag 35% für Fälle, die weder aus dem ambulanten Bereich aufgenommen noch in diesen entlassen werden (durchschnittlich niedrigere Diagnostikanforderungen, geringeres Verweildauerisiko),
 - b. Abschlag 25% für Fälle, die zwar direkt aufgenommen, abschließend aber in ein anderes KH verlegt werden (durchschnittlich geringeres Verweildauerisiko),
 - c. Abschlag 15% für Fälle, die aus einem anderen KH übernommen und fallabschließend behandelt wurden (durchschnittlich niedrigere Diagnostikanforderungen bei höherem Verweildauerisiko), gegebenenfalls zusätzlich gekoppelt an besonders aufwändige Prozeduren wie den OPS 8-550;
3. Äußerst zurückhaltend sollten "Korrekturen" einer DRG-Abschlagsregel in Abhängigkeit von der Verweildauer (Mindest- bzw. Grenzverweildauer) implementiert werden (sonst wird das Problem möglicherweise nur von der Verlegungsfrage wieder auf die Verweildauerfrage verlagert);
4. Der Abschlag auf Entlassungsverlegungen muss in seiner Höhe so angepasst sein, dass er einen Anreiz zur frühzeitigen und direkten Verlegung in die Geriatrie bietet. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass zunehmend Pat. erst über den Umweg der Kurzzeitpflege in die Geriatrie gelangen. Für diese "Entlassung" in die Kurzzeitpflege darf es schon aus der Perspektive der Qualitätssicherung keine zusätzlichen ökonomischen Anreize geben;
5. Die kurzfristige, auch nur vorübergehende Entlassung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung ist, wenn ein Pat. zuvor nicht institutionalisiert war, als negatives Qualitätsmerkmal in den Qualitätsbericht gem. §137 SGB V mit aufzunehmen.

Position 4: Bundesweite Fallkostenkalkulationen müssen die auf Landesebene unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsformen berücksichtigen (§108 / §111 SGB V)

Die Geriatrie wird in Deutschland sowohl in Krankenhäusern (§108 SGB V) als auch in Rehabilitationseinrichtungen (§111 SGB V) durchgeführt. Fallkosten- und Basispreiskalkulationen müssen – insbesondere für die Fallgruppen Schlaganfall und Extremitätenfraktur – dies berücksichtigen, sonst werden in einigen Bundesländern Kosten nicht berücksichtigt, die in anderen Bundesländern vollständig den Krankenhauskosten zugeschlagen werden.

Position 5: Die Fachorganisationen der Geriatrie sind in die Lösung der anstehenden Probleme aktiv einzubinden

Die Geriatrie ist mit ihren drei vertretenden Fachorganisationen (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie – DGG, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie – DGGG, Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.) bereit, konstruktiv und effizient an der Lösung der anstehenden Probleme weiterhin mitzuwirken:

- Seit 11/2001 führen die Fachorganisationen der Geriatrie (BAG und DGG) ein eigenständiges DRG-Projekt mit Laufzeit bis 10/2002 durch; es wird alles daran gesetzt, Ergebnisse und Erkenntnisse daraus unmittelbar in die im Herbst 2002 anstehenden Entscheidungsprozesse einzubringen;
- Im März 2002 wurde in Vorbereitung des DRG-Projekts eine erste Weiterentwicklung des OPS 8-550 fertig gestellt; an der Herstellung von Gruppierungsrelevanz geriatrischer Prozeduren wird seit 11/2001 kontinuierlich und im Kontakt mit der Selbstverwaltung gearbeitet;
- Den umfangreichen Anforderungen des FPG zur Qualitätssicherung trägt die Geriatrie in besonderem Maße Rechnung; bereits seit 1996 wird zur Sicherstellung geriatrischer Behandlungs- und Ergebnisqualität von der BAG mit Gemidas ein Projekt zur externen Qualitätssicherung durchgeführt; mittlerweile verfügt die BAG über zwei unabhängige, kooperierende Ausschüsse zur Qualitätssicherung in der Geriatrie.