

Mitteilungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen
(Vorstandsvorsitzende)
Bundesarbeitsgemeinschaft
der Klinisch-Geriatriischen
Einrichtungen e.V.
Ev. Geriatriezentrum Berlin
GmbH
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Telefon: (030) 45 94-19 00
Fax: (030) 45 94-19 38

Korrespondenzadresse
für die BAG:
Frau Antje Quicker
EGZB Bundesarbeits-
gemeinschaft
der Klinisch-Geriatriischen
Einrichtungen e.V.
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
Telefon: (030) 450-55 37 17
Fax: (030) 450-55 39 33
E-Mail: antje.quicker@charite.de
Internet: www.bag-geriatrie.de
Bürozeiten:
Mo-Mi 9.00-15.30 Uhr

BAG-Mitgliederversammlung am 4.-5. November 2002 in Osnabrück

Sehr geehrte Mitglieder,
in einigen Wochen findet nun
schon unsere diesjährige Mitglie-
derversammlung in Osnabrück
statt. Nachfolgend geben wir Ih-
nen den Inhalt des Einladungs-
schreibens und das Programm
der Veranstaltung zur Kenntnis,
welches Ihnen zusammen mit an-
deren Unterlagen ca. vier Wochen

vor der Sitzung mit der Post zu-
geht. Außerdem informieren wir
Sie über die geplanten Satzungs-
änderungen und die vom Vor-
stand empfohlenen Einrichtungen
zur Aufnahme in die Bundesar-
beitsgemeinschaft. Eine Liste mit
Hotels und vereinbarten Kontin-
gentpreisen soll Ihnen bei der
Hotelbuchung als Unterstützung
dienen.

Einladung zur 11. Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Sehr geehrte Mitglieder,
hiermit möchten wir Sie ganz
herzlich zu unserer Mitgliederver-
sammlung

am 4.-5. November 2002 in Osnabrück

einladen. Unserem Gastgeber,
dem Klinikum Osnabrück, Herrn
Geschäftsführer Hermes und
Herrn Dr. Lüttje, Chefarzt der
Klinik für Geriatrie, möchten wir
an dieser Stelle bereits für die
Ausrichtung der Mitgliederver-
sammlung ganz herzlich danken.

Die zentralen Themen der
diesjährigen Mitgliederversamm-
lung sind:

- *Vorstandswahlen*
- *Änderung der Stimmverteilung
und des Aufnahmmodus durch
Satzungsänderungen*
- *Podiumsdiskussion „Strukturen
der Geriatrie“*

Wie Sie der Tagesordnung (Anla-
ge 1) entnehmen können, begin-
nen wir am Montag, den 4. No-
vember um 9.00 Uhr mit den Sit-
zungen der Ausschüsse, wobei in
diesem Jahr auf vielfachen
Wunsch hin erstmals Ausschüsse
parallel stattfinden, um Ihnen die

Teilnahme an zwei verschiedenen
Ausschüssen zu ermöglichen. Wir
bitten Sie, bereits ab 8.00 Uhr
von der Möglichkeit der Anmel-
dung Gebrauch zu machen, damit
es zu keinen Engpässen bei der
Prüfung der Stimmberechtigung
kommt. Für den Fall, dass es Ih-
nen nicht möglich sein sollte
nach Osnabrück zu kommen, bit-
ten wir Sie, von der Möglichkeit der

**Stimmübertragung auf ein wei-
teres Mitglied Gebrauch zu ma-
chen.**

**Beachten Sie dabei bitte, dass
dies in Form einer schriftlichen
Vollmacht geschehen muss.**

Am Montagnachmittag findet der
nichtöffentliche Teil der Mitglie-
derversammlung statt. Die einzel-
nen Punkte entnehmen Sie bitte
der beiliegenden Tagesordnung.

Besonders hinweisen möchten
wir Sie auf *die beabsichtigten Sat-
zungsänderungen (Anlage 2)*. Der
Wortlaut der Satzungsänderungen
geht als Anlage dieses Schreibens
zu.

*Nach § 6 Absatz 2 unserer Sat-
zung weisen wir Sie darauf hin,
dass zur Beschlussfähigkeit bei
Entscheidungen im Rahmen der*

Mitgliederversammlung am 4. 11. 2002 mindestens die Hälfte der Mitglieder vertreten sein müssen. Wird die Beschlussfähigkeit nicht erreicht, so wird von der Vorstandsvorsitzenden unverzüglich, mit verkürzter Ladungsfrist von mindestens 14 Tagen, eine weitere Mitgliederversammlung einberufen, die ohne Rücksicht auf die Anzahl der erschienenen Vertreter beschlussfähig ist. Um die Satzungsänderungen verabschieden zu können, bedarf es einer Mehr-

heit von mindestens zwei Dritteln der stimmberechtigten Anwesenden und mindestens der Mehrheit von einem Viertel aller stimmberechtigten Mitglieder (vgl. § 13 Satzung)

Vor dem Hintergrund der zunehmend schwierigen Finanzsituation, verbunden mit der Gewichtung der Geriatrie, stellt sich die Aufgabe für die Geriatrie mit ihren verschiedenen Bereichen, diese klar zu definieren. Der Vorstand hat sich daher entschlossen,

am Dienstag, den 5. 11. 02 eine Podiumsdiskussion mit dem Schwerpunktthema „Strukturen der Geriatrie“ durchzuführen. Die Referenten entnehmen Sie bitte ebenfalls dem beiliegenden Programm.

Ich freue mich, Sie alle in Osnabrück begrüßen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Prof. Dr. med. E. Steinhagen-Thiessen

– Vorstandsvorsitzende –

Anlage 1

Tagesordnung

Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. am 4. und 5. November 2002 in Osnabrück

Montag 4. 11. 2002

8.00 bis 13.30 Uhr

Ort: Tagungsräume Schloss Osnabrück (Lageskizze)

Anmeldung zur Mitgliederversammlung und Kontrolle der Stimmberechtigung

9.00 bis 13.00 Uhr

(Raumplanung nach Handout)

Sitzungen der Ausschüsse (parallel) und Wahl der Ausschussvorsitzenden

9.00 bis 10.45 Uhr

Parallel:

- Ausschuss Qualitätssicherung I, GEMIDAS
- Ausschuss Aus-, Weiter- und Fortbildung

10.45 Uhr

Kaffeepause

11.00–13.00 Uhr

Parallel:

- Ausschuss Qualitätssicherung II, Qualitätsstandards
- Ausschuss Betriebswirtschaft

13.00–13.45 Uhr

Mittagsimbiss

13.45 bis 18.00 Uhr

Nichtöffentlicher Teil der Mitgliederversammlung:

Top 1:

- Begrüßung durch die Vorsitzende Frau Prof. Dr. med. Steinhagen-Thiessen
- Begrüßung durch Herrn Hermes, Geschäftsführer des Klinikums Osnabrück

Top 2:

Genehmigung des Protokolls der 10. Mitgliederversammlung in Wiesbaden

Top 3:

Bericht der Vorstandsvorsitzenden über die Arbeit des Vorstandes seit der letzten Mitgliederversammlung

Top 4:

Bericht des Schatzmeisters Herr Dipl. Kfm. Hamel über die wirtschaftliche Lage des Vereins im ab-

gelaufenen Geschäftsjahr 2001 und dem laufenden Geschäftsjahr 2002

Top 5:

Berichte aus den Ausschüssen:

- Ausschuss Aus-, Weiter- und Fortbildung (Herr Dr. med. Stamm)
- Ausschuss Qualitätssicherung I, GEMIDAS (Herr Dr. med. Borchelt)
- Ausschuss Qualitätssicherung II, Qualitätsstandards (Herr Dr. med. Siegel)
- Ausschuss Betriebswirtschaft (Herr Dipl. Kfm. Derda)

ca. 15.30 Uhr Kaffeepause

Top 6:

Bericht der Kassenprüfer gemäß § 11 Absatz 2 der Satzung

Top 7:

- a) Beschlussfassung über die Jahresrechnung nach § 10 Absatz 6 der Satzung
- b) Entlastung des Vorstandes nach § 10 Absatz 6 der Satzung

Top 8:
Genehmigung des Haushaltsplans für das Wirtschaftsjahr 2003

**Top 9:
Wahl des Vorstandes**

Top 10:
Abstimmung über Aufnahme der neuen Mitglieder (vgl. Anlage 3)

**Top 11:
Satzungsänderungen (vgl. Anlage 2)**

Top 12:
Verschiedenes

18.00 Uhr
Ende

19.00 Uhr
Treffen zum Gesellschaftsabend – zunächst im Osnabrücker Dom zu „Klassik mit Orgel und Chorgesang“ – der Transfer zum Dom wird organisiert

19.45 Uhr
Empfang im Friedenssaal des Rathauses durch Oberbürgermeister Fip (Osnabrück – Stadt des Westfälischen Friedens) (kurzer Fußweg)

20.30 Uhr
Abendveranstaltung im Hotel Remarque (Natruper-Tor-Wall 1)

Abendessen mit musikalischer Begleitung (kurzer Fußweg)

Dienstag 5. 11. 2002
9.00 bis ca. 13.00 Uhr
Ort: Aula und Hörsaal im Schloss Osnabrück (ist gleichzeitig Hauptgebäude der Universität Osnabrück) (siehe Lageplan)

Öffentlicher Teil der Mitgliederversammlung

Themenschwerpunkt: „Strukturen der Geriatrie“

– Podiumsdiskussion –

Moderation: Herr Regionsrat Erwin Jordan,
Dez. II – Soziale Infrastruktur, Region Hannover

Begrüßung durch die/den Vorsitzende/n

Herr Dipl. Kfm. Gert Hamel
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Ev. Krankenhausvereins zu Aachen 1867
Stellvertretender Vorsitzender der BAG KGE e.V.

Frau Prof. Dr. Steinhagen-Thiesens

Ärztliche Leiterin Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH
Vorsitzende der BAG KGE e.V.

Frau Dr. med. Nicole Schlottmann
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Leiterin Bereich Medizin

Herr Dr. med. Johannes Bruns
Verband der Deutschen Angestellten Krankenkassen,
Leiter der Abteilung Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung/Leistungen

Herr Dipl. Verw.-Wirt Ferdinand Rau
Bundesministerium für Gesundheit, Referat 216 – Wirtschaftliche Fragen der Krankenhäuser

Herr Dr. Wulf-Dietrich Leber
AOK-Bundesverband,
Bereich Krankenhäuser und stationäre Leistungen Rehabilitation

Frau Dr. Cordelia Andreßen
Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Schleswig-Holstein
Stellvertretende Abteilungsleiterin der Abteilung Gesundheit

12.30 Uhr
Ende der Veranstaltung

Anlage 2

Auf mehrfachen Wunsch und Anregungen aus den Reihen der Mitglieder hat der Vorstand Satzungsänderungen bezüglich des Stimmrechts und des Aufnahme-modus erarbeitet.

Anträge zu Satzungsänderungen anlässlich der Mitgliederversammlung der BAG Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen 2002 in Osnabrück

ACHTUNG:

- Die Veränderungen zur gültigen Satzung sind kursiv dargestellt.

- Jeder Antrag auf Satzungsänderung wird gesondert abgestimmt.
- Bei Abstimmung gilt die Satzung in der am 04.12.2001 vom Amtsgericht Hamburg in das Vereinsregister eingetragenen Version.

**Antrag zur Satzungsänderung I:
§ 6 Satz 3**

In der Mitgliederversammlung hat jedes Mitglied *mit bis einschließlich 75 Betten/Plätzen in seinen Einrichtungen gemäß § 2 der Satzung eine Stimme, ab 76 Betten/Plätzen in seinen Einrich-*

tungen gemäß § 2 der Satzung zwei Stimmen und ab 151 Betten/Plätzen in seinen Einrichtungen gemäß § 2 der Satzung drei Stimmen. Die Vertretung von maximal einem weiteren Mitglied ist möglich. Die schriftliche Bevollmächtigung ist bei Empfang der Stimmkarte(n) nachzuweisen.

**Antrag zur Satzungsänderung II:
§ 6 Satz 1**

Die Mitgliederversammlung wird nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr, vom Vorsitzenden des Vorstandes unter Angabe der Tagesordnung schriftlich einberu-

fen. Sie ist darüber hinaus einzuberufen, wenn *dies mit mindestens einem Viertel aller Stimmen gemäß § 6 Satz 3 schriftlich verlangt wird*. Die Einladung mit der Tagesordnung soll vier Wochen vor der Sitzung zugehen. Der Vorsitzende des Vorstandes leitet die Mitgliederversammlung.

Antrag zur Satzungsänderung III: § 6 Satz 2

Die Mitgliederversammlung beschließt über alle Angelegenheiten der Arbeitsgemeinschaft. Sie ist beschlussfähig, wenn mindes-

tens die Hälfte *der Stimmen gemäß § 6 Satz 3* aller Mitglieder vertreten ist. Wird die Beschlussfähigkeit nicht erreicht, wird vom Vorsitzenden unverzüglich, mit verkürzter Ladungsfrist von mindestens 14 Tagen, eine weitere Mitgliederversammlung einberufen, die ohne Rücksicht auf die Anzahl der erschienenen Vertreter beschlussfähig ist. Hierauf muss in jeder Einladung zur Mitgliederversammlung hingewiesen werden. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst, soweit in der Satzung nichts

anderes bestimmt ist, hiervon ausgeschlossen sind Beschlüsse gemäß § 13 der Satzung. Stimmgleichheit gilt als Ablehnung.

Antrag zur Satzungsänderung IV: § 12 Satz 1

Die Aufnahme als Mitglied (§ 2) ist schriftlich zu beantragen. *Sofern ein Träger mehrere geriatrische Einrichtungen entsprechend § 2 betreibt, ist für jede Einrichtung ein gesonderter Aufnahmeantrag zu stellen*. Die Entscheidung über den Antrag trifft die Mitgliederversammlung.

Anlage 3

Neuanträge auf Mitgliedschaft seit November 2001

Nachfolgend informieren wir Sie über die Einrichtungen, welche seit der Mitgliederversammlung 2001 einen Antrag auf Mitgliedschaft gestellt haben und deren Mitgliedschaft der Vorstand empfiehlt:

Neuaufnahmen 2002 in die BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.

Der Vorstand empfiehlt zur Aufnahme folgende Einrichtungen:

Nr.	Einrichtung	Träger	Bundesland
1	Malteser Krankenhaus St. Hildegardis Akutgeriatrie und Tagesklinik Bachener Str. 29–33 50931 Köln	Malteser St. Hildegardis gGmbH Bachener Str. 29–33 50931 Köln	NRW
2	Evangelisches Krankenhaus Bethanien Iserlohn gGmbH Hugo-Fuchs-Allee 3 58644 Iserlohn	Ev. Gemeindeverband Iserlohn Piepenstockstr. 29 58644 Iserlohn	NRW
3	DRK Therapiezentrum Marli GmbH Marlistr. 10 23566 Lübeck	DRK Schwesternschaft Lübeck e. V. Röpersbergklinik GmbH & Co KG Marlistr. 10 23566 Lübeck	Schleswig-Holstein
4	St. Antonius Krankenhaus Gartenstr. 17 46244 Bottrop	KKEL-Kath. Kliniken Emscher-Lippe GmbH Rudolf-Bertram-Platz 1 45899 Gelsenkirchen	NRW
5	Diakonissen Krankenhaus Medizinisch-Geriatriische Klinik Holzhausenstr. 72–92 60322 Frankfurt/M.	Frankfurter Diakonie-Kliniken Vsinger Str. 5 60331 Frankfurt/M.	Hessen
6	Stadtkrankenhaus Rüsselsheim August-Bebel-Str. 59 65428 Rüsselsheim	Stadt Rüsselsheim vertreten durch Stadtkrankenhaus August-Bebel-Str. 59 65428 Rüsselsheim	Hessen

(Fortsetzung)

Nr.	Einrichtung	Träger	Bundesland
7	Klinik für Geriatrie Klinikum Wetzlar-Braunfels Hecksbergweg 23–27 35619 Braunfels	Lahn-Dill-Kliniken Klinikum Wetzlar-Braunfels Forsthaus Str. 1–3 35578 Wetzlar	Hessen
8	Hüttenhospital Dortmund-Hörde Am Harksbach 28 44269 Dortmund	BKK HOESCH Dortmund Kirchdorner Str. 47–49 44145 Dortmund	NRW
9	Johanniter Krankenhaus Friedrich-Wilhelm-Stift gGmbH Bonn Geriatrische Abteilung Johanniter Str. 3–5 53113 Bonn	Rheinische Genossenschaft des Johanniterordens Königsallee 30 40212 Düsseldorf	NRW
10	KH Zur Heiligen Familie Zentrum für Altersmedizin Bornheim-Merten Klosterstr. 2 53332 Bornheim	GFO Gemeinnützige Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Ople GmbH Maria-Theresia-Str. 30 a 57462 Olpe	NRW
11	Kliniken Essen-Mitte Knappschafts-Krankenhaus Am Deimelsberg 34 a 45276 Essen	Evang. Huysen Stiftung Henricistraße 92 45136 Essen	NRW

Hotelliste

BAG – Tagung am 4. + 5. 11. 2002

Hotel	Kurzbeschreibung	Fußweg (Min.)		Erreichbarkeit m. öffentl. Verkehrs- mitteln (Bus)	Preise	
		Uni/Schloss	Dom		EZ (Ü/F)	DZ (Ü/F)
Steigenberger Remarque Tel: 0541/6096-0 Fax: 0541 / 6096-600	First-Class Hotel	Ca. 15	Ca. 5	Innenstadtbereich	103,50	130,00
Hotel Walhalla Tel: 0541/3491-0 Fax: 0541/3491-144	3* Komfort Hotel	Ca. 15	Ca. 5	Innenstadtbereich	74,00	
Park-Hotel Tel: 0541/9414-0 Fax: 0541/9414-200	3* Komfort Hotel	Ca. 30	Ca. 30	10 Min.-Takt	55,00	75,00
Advena Hotel Tel: 0541/3317-0 Fax: 0541/3317-351	3* Hotel, vis-à-vis vom HBF	Ca. 15	Ca. 15	10 Min.-Takt	67,00	95,00
Dom-Hotel Tel: 0541/35835-0 Fax: 0541/35835-35	2* Hotel	Ca. 15	Ca. 3	Innenstadtbereich	55,00	
Hotel Residenz Tel: 0541/505250 Fax: 0541/5052 5555	2* Hotel	Ca. 15	Ca.15	10 Min.-Takt	51,00	1
Hotel Klute Tel: 0541/409 12-0 Fax: 0541/409 12-48	2* Hotel, Innenstadtnahe Lage	Ca. 15–20	Ca. 15	10 Min.-Takt	64,00	
Kulmbacher Hof Tel: 0541/3570-0 Fax: 0541/3570-20	Komfortables Stadthotel	Ca. 5	Ca. 15		62,00	89,00

Anmerkung: Die Hotels haben begrenzte Kontingente. Reservierung direkt beim Hotel unter **Kennwort BAG 11/2002**

Hinweis auf BSG Urteil – Anwendung bei Ablehnung der Kosten für die Tagesklinik-Behandlung seitens der Krankenkassen

Da einige Krankenkassen sich darauf spezialisiert haben, die Kosten für die Tagesklinik-Behandlung abzulehnen (insbesondere bei Direkteinweisung in die TK), erhalten wir immer wieder

Anfragen zu diesem Problem. Deshalb möchten wir an dieser Stelle (für den Fall, dass die Kassen gar nicht oder nur zum Teil zahlen) noch einmal auf das BSG Urteil vom 13. Dezember 2001:

„Rechtswidriges Verhalten der BKK Berlin im Zusammenhang mit den Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V“; Aktenzeichen: B 3 KR 11/01 R – verweisen.

Internetpräsentation der BAG

Die Internetseite der BAG

(<http://www.bag-geriatrie.de>)

wurde überarbeitet und grundlegend aktualisiert. Geplant ist außerdem ein Terminkalender sowie ein Informationsteil zu Kontakt und Arbeit der Länderarbeitsgemeinschaften.

Abschließende Stellungnahme zum Entwurf einer Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (KFPV)

4. Fassung
– hier: Fallpauschalen-Katalog v. 3.09. 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

BAG KGE e.V./
Ausschuss Qualitätssicherung I/
DRG-Projekt der BAG

Berlin, 15. 9. 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. aus-

drücklich, dass diese Vorbereitungen mittlerweile deutlich vorschreiten 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 (s. Anlage) fällt jedoch die überproportional niedrig kalkulierte mittlere Verweildauer in mehreren Fallgruppen auf, die nicht nur in Deutschland zum Teil wesentlich längere Verweildauern aufweisen (Beispiel: Schlaganfall). Dies betrifft insgesamt gerade die Fallgruppen besonders, für die in Australien Fallpauschalen bereits auf der Grundlage deutlich längerer Verweildauern kalkuliert werden und die dennoch ergänzend zur DRG-Pauschale Zusatzfinanziert werden müssen. Damit nimmt hierzulande, wie von der BAG gegenüber der Selbstverwaltung und dem BMG schon frühzeitig und mehrfach in Anhörungen dargelegt, die befürchtete Un-

terfinanzierung der Krankenhausbehandlung gerade dieser geriatrischen Fallgruppen unter DRG-Bedingungen bereits Gestalt an.

Die unsachgemäßen Verweildauergrenzen des FP-Katalogs werden insbesondere die Geriatrie, aber wohl auch die Neurologie, Innere Medizin und Onkologie in eine gravierende Schieflage bringen, die nach einem Inkrafttreten 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 ist der Anlage beigelegt.

Die BAG bereitet 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 (ins-

besondere Fallzahlen sowie Art und Anzahl der einbezogenen Fachabteilungen) zur Verfügung zu stellen, 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.

Die BAG nimmt mit größten Bedenken zur Kenntnis, dass die bisherigen Ausführungen der BAG zu den länderspezifischen Besonderheiten der geriatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland (Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung bzw. Kombinationsformen) in keiner Weise berücksichtigt wurden, und befürchtet, dass diese Konstellation aufgrund von Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Ländern damit bereits 2003 zu Verwerfungen führen kann, da sich die Krankenhäuser auf die Konkurrenzsituation ab 2005 vorbereiten müssen. Auch hierzu wird die BAG ihre bereits

vorliegenden Lösungsvorschläge pragmatisch konkretisieren und kurzfristig dem Ministerium und den Partnern der Selbstverwaltung übermitteln.

Zur erodierenden Kraft des Faktischen

Abschließende Stellungnahme zum KFPV-Referentenentwurf v. 3. 9. 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). Es werden diejenigen Behandlungsfälle „reklassifiziert“ (statistische Entlassung), die mit einer Fallpauschale und Zuschlägen nicht kostendeckend finanziert wären. 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, 15. 8. 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%	Reclassified	22.53%
	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

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). Zusammengekommen deckt die Fallpauschale B70A in Australien also bei weniger als 59% der B70A-Fälle die Kosten fallabschließend ab. Auch hierzulande weist die Fallgruppe B70 (Schlaganfall) insgesamt bereits die höchste Verlegungsquote auf

(Mansky & Repschläger, f&w 3/2002, S. 226–236).

Umso unverständlicher erscheinen die im ersten Entwurf eines deutschen Fallpauschalenkatalogs derzeit vorgesehenen Eckdaten für diese Fallgruppe (Referentenentwurf zur KFPV vom 3. 9. 2002, BMG, Referat 216): 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, wurde für die deutsche Fallpauschale „B70A – Apoplexie; mit schwerer oder kompl. Diagnose/OP“ jetzt eine mittlere Verweildauer von nur 15 Tagen kalkuliert – 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 Fallgruppenprofile (1999/2000) zeigte sich, dass es 31 konservativ-medizinische Fallgruppen mit einer signifikanten Reklassifizierungsrate über 5% gab. Diese Fallgruppen sind zusammen mit den deutschen Verweildauereckdaten des Referentenentwurfs vom 3. 9. 2002 in Tabelle 1 zusammengestellt.

Tab. 1

DRG	Bezeichnung	AR-DRG 4.1		G-DRG 1.0		Diff-VD
		ALOS (Tage)	% Reclassified	FP-MVD (Tage)	obere 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	2,3	9	24	-1
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC	10	8,4	9	24	-1

Tab. 1 (Fortsetzung)

DRG	Bezeichnung	AR-DRG 4.1		G-DRG 1.0		Diff-VD
		ALOS (Tage)	% Reclassified	FP-MVD (Tage)	obere GVD	
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	Anderer 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

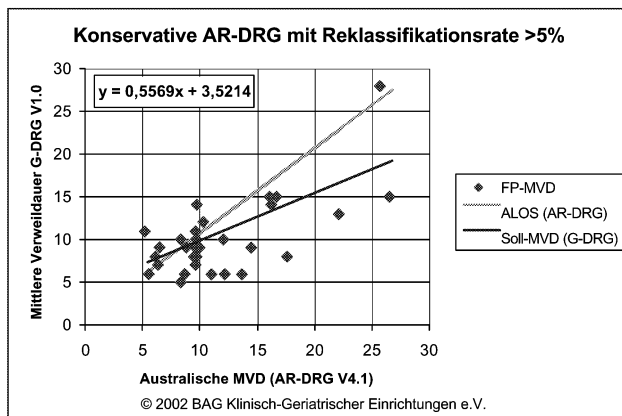
Bei Inkrafttreten dieses Entwurfs müssten in Deutschland im Mittel Verweildauern in diesen Fallgruppen erzielt werden, die zum Teil erheblich unterhalb der australischen Verweildauern liegen. Auch wenn hierzu weitergehende Analysen sicher noch erforderlich sind, gilt dies aller Voraussicht nach auch dann, wenn ein wesentlicher Unterschied zwischen arithmetischem (australische Angaben) und geometrischem Mittelwert (Fallpauschalenkatalog) in Rechnung gestellt würde, da die australische Verweildauerverteilung mittels Reklassifizierung (Herausnahme aus dem DRG-System, teilweise bis über 20 Prozent der Fälle) ohnehin oben abgeschnitten ist. Insbesondere die Abweichungsextreme (B60A – Nicht akute Paraplegie/Tetraplegie mit oder ohne OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, sowie B63Z – Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion) erscheinen vor diesem Hintergrund nicht plausibel.

Die Versorgung von Demenzkranken, nicht-akuten Querschnittslähmungen, schwersten Depressionen mit schwersten Begleiterkrankungen, schweren Ernährungsstörungen und von schwerstbetroffenen Schlaganfallpatienten würde prospektiv als höchst defizitär erscheinen, 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. Es steht damit zu befürchten, dass Krankenhäuser aufgrund dieses Anscheins bereits 2003 strategische Konsequenzen ziehen werden, da sie sich auf die Konkurrenzsituation ab 2005 vorbereiten und einstellen müssen.

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 eklatant unterfinanziert.

Ein Geriater, der auf Tabelle 1 schaut, sieht sich insbesondere mit der Frage konfrontiert, wie viele geriatrische Patienten wohl in diese 31 Fallgruppen fallen werden. Das ist mittlerweile leicht zu beantworten (allerdings noch auf der Grundlage australischer Grouper, hier DrGroup© von VisaSys): Es waren im DRG-Projekt der BAG (April bis Juli 2002) über 54% von allen geriatrisch behandelten Patienten des Zeitraums. Von diesen wurden 81% aus anderen Krankenhaus-Fachabteilungen nach im Mittel 20,6 Tagen (Median: 17 Tage) Vorbehandlung übernommen. Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) in-



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

Abb. 1

nerhalb der Fachabteilung Geriatrie dauerte insgesamt – fallabschließend – im Mittel 23,5 Tage (Median: 23 Tage). Mit Ausnahme der B61A (3 Fälle im Beobachtungszeitraum) liegt die MVD des KFPV in allen übrigen 30 Fallgruppen signifikant unterhalb dieser tatsächlichen Verweildauern. Aus dieser Ist-Situation ergibt sich, dass von den geriatrischen Behandlungsfällen nur ca. 2% in die sog. Gewinnzone der Verweildauergrenzen der Fallpauschalen entfielen, 9% entfielen auf die Abschlagzone und 54% der Behandlungsfälle würden in der Verlustzone (oberhalb MVD und unterhalb der oberen GVD) abgerechnet werden müssen (Abb. 2). Insgesamt etwa 33% der Fälle würden zwar Zuschläge oberhalb der oberen Grenzverweildauer erhalten, jedoch nur für ca. 12% der aufgewendeten Behandlungstage. Damit wären in der klinischen Geriatrie weder die zusätzlich aufgewendeten Behandlungstage bei „Langliegern“ ausreichend finanziert, geschweige denn könnte mit Hilfe der Zuschläge das Defizit aus den Fällen oberhalb der MVD und unterhalb der oberen GVD ausgeglichen werden. Da über 80% der Patienten aus diesen Fallgruppen per Verlegung abschließend in die Geriatrie gelangen, fällt die finan-

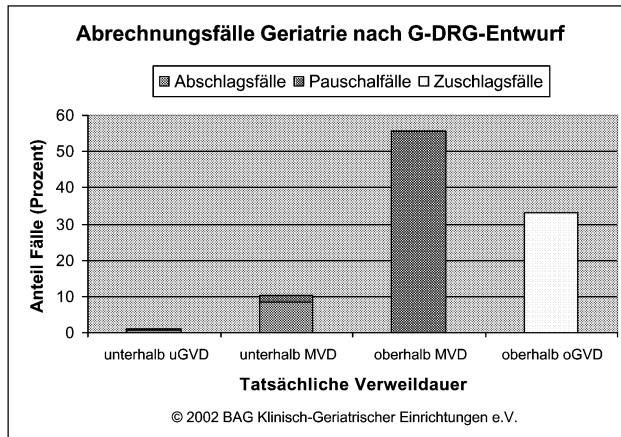
zielle Ausgleichszone der Fallpauschalen (unterhalb der MVD und oberhalb der unteren GVD) nach § 2 Abs. 2 Satz 1 i. V. m. § 2 Abs. 1 Satz 2 KFPV nahezu vollständig weg.

Die Finanzierung der Krankenhausbehandlung in den Fallgruppen der Tabelle 1 wäre damit insbesondere aus Sicht der Geriatrie, wohl aber auch aus Sicht der Neurologie und Inneren Medizin sowie Onkologie programmiert defizitär. Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung könnte innerhalb dieser Verweildauergrenzen nicht kostendeckend geleistet werden. Und hier muss auch betont werden: Komplementäre Versorgungseinrichtungen, die die Konsequenzen aus einer sich konsekutiv dramatisch verkürzenden Krankenhausbehandlung auffangen müssten, fehlen in Deutschland momentan. Weder der ambulante ärztliche 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 Pflegeeinrichtungen dem hieraus notgedrungen resultierenden steigenden Bedarf an

Heim- und Kurzzeitpflegeplätzen derzeit überhaupt nicht gewachsen wäre.

Die Sorge vor der erodierenden Kraft des Faktischen, die für die Versorgungsrealität aus dem vorgelegten Entwurf eines Fallpauschalenkatalogs bereits 2003 resultieren kann, erscheint der DRG-Projektgruppe der BAG KGE e.V. daher momentan mehr als berechtigt: Auch wenn Fachkrankenhäuser für Geriatrie nicht optieren, werden sie sich mit den Kostenträgern hinsichtlich des Erwirkens von Kostenübernahmen auf der Grundlage eines derartigen FP-Katalogs kaum mehr sachgerecht auseinandersetzen können. Und sie werden bereits 2003 vor dem Hintergrund eines derartigen Katalogs keine wirklich leistungsgerechten Budgets verhandeln können, wenn ihnen das per KFPV verordnete Defizit als „Wirtschaftlichkeitsreserve“ vorgehalten wird. Die derzeitige finanzielle Situation der GKV lässt es völlig naiv erscheinen, anzunehmen, dass die Kostenträger dies nicht als Chance zur Verweildauerverkürzung 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.

Abweichungen gegenüber der Vorversion (3. Fassung): In die erste Analyse waren alle AR-DRG mit Reklassifizierungsrate >5% einbezogen worden, unabhängig von der zugehörigen Partition und unabhängig davon, ob im KFPV-Katalog alle Verweildauerdaten ausgewiesen waren (n=58 DRG's). Daraus resultierte insgesamt ein höherer Anteil an geriatrischen Patienten, die sich finanzierungstechnisch in problematischen Fallgruppen befinden.



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

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

Aus Gründen der Konsistenz wurden in der vorliegenden 4. Fassung nunmehr die Kenngrößen nur noch in Bezug auf die in Ta-

belle 1 ausgewiesenen 31 konservativ-medizinischen Fallgruppen ermittelt, für die auch deutsche Verweildauerereckdaten vorliegen.

Die in Fassung 3 auf Seite 4 mit „28,5 Tagen“ angegebene mittlere Vorverweildauer wurde dementsprechend ebenfalls nur für die ausgewiesenen 31 Fallgruppen neu berechnet. Zudem wurden nicht plausible Ausreißerwerte kontrolliert und in 3 Fällen korrigiert (falsche Jahreszahl). Außerdem wurden zuvor noch Verlegungen aus Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) fälschlicherweise mit eingeschlossen. Dies wurde für die vorliegende Fassung ebenfalls korrigiert, d.h. diese Fälle (n=5) wurden hier nicht mehr als Verlegungsfälle gewertet. Daraus resultiert insgesamt die auf Seite 4 nunmehr korrekt ausgewiesene mittlere Vorverweildauer von 20,6 Tagen mit einem Median von 17 Tagen.