

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:
Antje Quicker
EGZB gGmbH
Bundesarbeitsgemeinschaft
der Klinisch-Geriatriischen
Einrichtungen e.V.
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
Telefon: (030) 450-55 37 17
Fax: (030) 450-55 39 47
E-Mail: antje.quicker@charite.de
Internet: www.bag-geriatrie.de
Bürozeiten:
Mo-Do 8.00-16.00 Uhr

Jahresrückblick

Liebe Mitglieder,
das alte Jahr neigt sich dem Ende zu und wir möchten traditionsgemäß an dieser Stelle eine Bilanz ziehen.

Ein wesentlicher Höhepunkt war unsere Mitgliederversammlung im November in Berlin-Spandau.

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle für die zahlreiche Teilnahme an der Mitgliederversammlung danken.

Auf der diesjährigen **Mitgliederversammlung** konnten wesentliche Weichen für die weiteren Aktivitäten der Bundesarbeitsgemeinschaft gestellt werden.

Zum einen wurde mit einer großen Mehrheit eine **Erhöhung der Mitgliedsbeiträge von derzeit 8,- € auf 19,50 € beschlossen**. Dies war die grundlegende Voraussetzung für die **Einstellung eines professionellen Geschäftsführers**, welcher ab 1. April 2004 seine Tätigkeit aufnehmen soll. Dieser soll den ehrenamtlich arbeitenden Vorstand entlasten, die bisherige Arbeit effektivieren und eine Reihe neu gestellter Aufgaben zur Stärkung Innen- und Außenwirkung der BAG bewältigen.

Zum anderen wurde der Vorstand autorisiert, mit der Firma EQ Zert aus Ulm einen Vertrag über die Entwicklung eines „Qualitätssiegels Geriatrie“ zu unterzeichnen, was keine finanziellen Verpflichtungen beinhaltet. Dieses Qualitätssiegel können die BAG-Einrichtungen erwerben (aufgesetzt auf ein etabliertes Qualitätssicherungssystem – KTQ, DIN ISO, EFQM –). Eine Auditcheckliste auf der Grundlage der „Empfehlungen für die Klinisch-Geriatriische Behandlung“ wurde gemeinsam von Vorstand, Ausschussvorsitzenden und EQ Zert entwickelt.

Diese Liste soll zukünftig auch als Grundlage für die Entscheidung über Referenzen von An-

tragstellern auf Mitgliedschaft in die BAG dienen.

„**Qualitätssicherung und Zertifizierung**“ war auch das zentrale Thema der diesjährigen Podiumsdiskussion. Hier kamen als Referenten namhafte Experten für Qualitätssicherung zu Wort. Herr Dr. Axel Paeger von der AMEOS AG stellte verschiedene Systeme, ihre Vor- und Nachteile sowie ihre Anwendbarkeit in einzelnen Bereichen vor. Herr Prof. Dr. Henning Kirstein, Mitglied des Beirates Deutsches EFQM (DEC), erläuterte aus externer Sicht sehr detailliert Entstehung und Grundlagen des EFQM-Systems. Herr Markus Illison von der Firma EQ Zert gab ausführliche Informationen zur Entwicklung des Qualitätssiegels Geriatrie, was dazu beitrug, Ängste und Unsicherheiten abzubauen. Er betonte noch einmal, dass dieses Qualitätssiegel so gestaltet sein wird, dass es als „Aufsatz“ zu einem bereits in der Klinik verwendeten QM-System angewendet werden kann, aber auch für Kliniken ohne QM-System über Zertifizierung nach DIN ISO 9001 eingeführt werden kann.

Herr Dr. Heine von der DEGE-MED referierte über die Grundlagen und Probleme von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation. Dabei stellte er das DEGE-MED-Zertifizierungsverfahren und seine erfolgreiche Anwendung im Grundriss vor.

Dr. Ian R. Hastie, Consultant and Senior Lecturer, Associate Postgraduate Dean, Präsident der Sektion Geriatric Medicine, European Union of Medical Specialists (EUMS) gab abschließend einen Überblick über die in den Ländern der Europäischen Union praktizierten Qualitätsmanagementsysteme mit mannigfaltig unterschiedlich praktizierten Details und Bestimmungen und

zeigte Tendenzen in der Entwicklung für Europa auf.

Die Ausschusssitzungen der ständigen BAG-Ausschüsse fanden unmittelbar vor der Mitgliederversammlung statt. Als Vorsitzende wurden in diesem Jahr Herr Wehmeyer, für den Ausschuss „Betriebswirtschaft“, Herr Dr. Borchelt für „Qualitätssicherung I – Gemidas“ und Herr Dr. Siegel für „Qualitätssicherung II – Qualitätsstandards“ bestätigt. Neu im Amt ist die Vorsitzende für den Ausschuss „Aus-, Weiter- und Fortbildung“ – Frau Jutta Bauer-Vogg, Pflegedienstleiterin am Geriatriezentrum in Neuburg a. d. Donau.

Der Beschluss der Professionalisierung der Geschäftsstelle war ein wesentliches Ergebnis des Strategieworkshops, der im September vom Vorstand gemeinsam mit den Ausschussvorsitzenden und den Vorsitzenden der regionalen Arbeitsgemeinschaften Geriatrie in Braunschweig durchgeführt wurde. Hier wurden mit Hilfe erfahrener Moderatoren der Firma ZEQ die vorrangigen Aufgaben und Ziele der BAG formuliert:

1. Die BAG bündelt die Mitgliederinteressen und vertritt diese gegenüber Öffentlichkeit, Politik und Selbstverwaltung, um die Geriatrie zu fördern und sektorübergreifend zu positionieren
2. Die BAG profiliert die Geriatrie im Wettbewerb durch die Definition und Etablierung von Qualitätsstandards
3. Die BAG informiert ihre Mitglieder zeitnah über aktuelle Entwicklungen, dient dem Informationsaustausch unter ihren Mitgliedern und fördert die Aus-, Weiter- und Fortbildung

Dank aktiver Mitgliederwerbung seitens des Vorstandes, der Geschäftsstelle und auch der Mitglieder konnten in diesem Jahr neun neue klinisch-geriatriische Einrichtungen aufgenommen werden, so dass die BAG derzeit 163 Träger mit insgesamt 175 Einrichtungen zu ihren Mitgliedern zählt.

Nach wie vor ist ein Hauptschwerpunkt der Arbeit des Vorstandes die Auseinandersetzung mit den Problemen der Geriatrie in Verbindung mit der Einführung des DRG-Systems. Dank der aus dem DRG-Projekt erhaltenen Daten, die beim InEK und DIMDI eingereicht wurden, konnten **eigene DRGs für die Geriatrie entwickelt** werden. Die Anzahl ist sicher noch nicht ausreichend, aber es zeigt sich, dass die langjährigen Bemühungen Früchte tragen.

Der „Workshop für Entscheider“, der im September in Kassel unter Leitung von Herrn Wehmeyer, dem Vorsitzenden des Ausschusses Betriebswirtschaft durchgeführt wurde, sollte den Einrichtungen eine Entscheidungshilfe geben, sich am Verfahren der Nachkalkulation von Fallgewichten beim InEK zu beteiligen.

Die Abgrenzungskriterien für die Geriatrie wurden gemeinsam mit der DGG und DGGG entwickelt, diskutiert und weiterentwickelt. Hier ist insbesondere der Zusammenhalt von 109er und 111er Einrichtungen gefragt.

Um für die Mitglieder mehr Transparenz zu gewährleisten, wurden die Internetseiten der BAG www.bag-geriatrie.de strukturierter und informativer gestaltet.

Herr Dr. Swoboda vertritt die Interessen der Bundesarbeitsgemeinschaft in der „Bundeskongferenz der Spitzenverbände der

Leistungserbringer in der Rehabilitation“, die von der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation (DEGEMED) organisiert wird. Die Bundeskongferenz vertritt die Interessen der Leistungserbringer, insbesondere gegenüber der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) und arbeitet an der Erstellung von „Gemeinsamen Empfehlungen“ nach § 13 SGB IX mit.

Auf dem Gebiet der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung arbeitete Herr Dr. Lüttje für die BAG sehr engagiert. Trotz intensiver Bemühungen vieler hat die Geriatrie es nicht erreicht, in angemessener Weise in der Musterweiterbildungsordnung abgebildet zu sein. Über die intensiven Kontakte zur Bundesärztekammer und durch Verständigung mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin z. B. am 5. Dezember 2003 in Köln Merheim erhofft man, dass bereits in 2004 erhebliche Änderungen der in 2003 beschlossenen Musterweiterbildungsordnung durchgeführt werden können.

Dabei sollte insgesamt bei den zukünftigen Bemühungen weniger Augenmerk auf die begrifflichen Aspekte wie „Schwerpunkt Geriatrie in der Inneren Medizin“ oder „Bereich Geriatrie“ gelegt werden, sondern es sollten vorrangig inhaltliche Aspekte der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Vordergrund stehen.

Angespornt von unseren bisherigen Erfolgen und mit Ausblick auf die Liste der noch zu bearbeitenden Probleme werden wir in unseren Aktivitäten nicht nachlassen. In diesem Sinne wünscht Ihnen der Vorstand alles Gute für das Jahr 2004.

Prof. E. Steinhagen-Thiessen
Vorsitzende

Geriatrische Behandlungswege

Seit etwas über einem Jahr beschäftigt sich der Ausschuss Qualitätsstandards II, unter Leitung von Dr. Siegel, Neuburg, intensiv mit der Erstellung eines Konzeptes zu geriatrischen Behandlungsweegen. Ziel dieser Arbeit ist es, auf der Grundlage bestehender Leitlinien, diese wenn möglich und vorhanden Evidenz-basiert, praktisch umsetzbare Handlungsrichtlinien zu schaffen. Es ist ausdrücklich nicht vorgesehen, Leitlinien zu ersetzen. Vielmehr sollen die geriatrischen Behandlungswege im Sinne von clinical pathways der praktischen Umsetzung der Leitlinienvorgaben dienen. Diese Arbeit ist unumgänglich notwendig, um die praktische Arbeit in der Geriatrie darzustellen und auf diesem Wege auch die Unterschiede geriatrischen Handelns gegenüber den anderen medizinischen Fachbereichen transparent zu machen. Soweit zukünftig überhaupt noch von Relevanz, werden die geriatrischen Behandlungswege auch die Eigenständigkeit der geriatrischen

gegenüber der Indikationsspezifischen Rehabilitation aufzeigen.

Zwischenzeitlich ist ein Gerüst erarbeitet worden, in welches indikationsbezogen diagnostische und therapeutische Verfahrenswesen eingestellt werden können. Die ersten Indikationen (Hüftgelenksnahe Frakturen, Demenz, Inkontinenz) sind bereits orientierend erarbeitet worden. Bewusst wird in Kauf genommen, dass im ersten Anlauf kein perfektes System entstehen kann. Aus unserer Sicht haben wir aber nicht mehr die Zeit, alles bis ins letzte Detail auszuarbeiten. Viel wichtiger ist, dass die Geriatrie diese Behandlungswege erarbeitet und liefert und nicht irgendjemand anderer.

Selbstverständlich handelt es sich um ein flexibles, lernendes System. Es werden regelmäßig inhaltliche Anpassungen erfolgen, welche die Aktualität des „Kataloges“ sichern. Es ist vorgesehen, die geriatrischen Behandlungswege als „Lose Blatt Sammlung“ zu verlegen, die so jederzeit ergänzt

und den Entwicklungen angepasst werden kann.

Dr. Lange aus Mönchengladbach, der zwischenzeitlich die Leitung des Unterarbeitskreises übernommen hat, stellte die bisher erarbeiteten Inhalte des Konzeptes Anfang November d.J. in Berlin vor, sowohl auf der Mitgliederversammlung der Bundesarbeitsgemeinschaft geriatrischer Einrichtungen (BAG) als auch auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG). Die Reaktion der Anwesenden war durchwegs positiv, auch wenn natürlich weiterer Diskussionsbedarf besteht.

Anfang 2004 wird der Vorstand der BAG, gemeinsam mit DGG und DGGG die bis dahin vorliegenden Entwürfe diskutieren. Es ist vorgesehen, bis Mitte 2004 die Vorarbeiten soweit abgeschlossen zu haben, dass die ersten geriatrischen Behandlungswege veröffentlicht werden können.

Rupprecht Siegel, Neuburg

Vergleichende Qualitätsanalysen in der neurologischen und geriatrischen Rehabilitation des MDK Rheinland-Pfalz („Eva-Reha Data-Set“) – Ausweitung der Erhebung auf die saarländischen Reha-Einrichtungen

Im Mai 2003 hatten die saarländischen Kostenträger unter Federführung des VdaK die geriatrischen und neurologischen Rehakliniken des Saarlandes zu einer Informationsveranstaltung eingeladen. Im Anschluss an die Referate teilten die Kostenträger mit, dass sie beabsichtigten, den FIM und das Qualitätssicherungsverfahren „Eva-Reha Data-Set“ (Rheinland-Pfalz) im Saarland verpflichtend einzuführen. Von den neurologischen Kliniken wurde der Vorschlag spontan bereitwillig angenommen und auch eine neurologische Klinik, welche

gegen den Widerstand der LAG seit 1.7.2003 per Versorgungsvertrag 40 ihrer Betten in Geriatrie umgewandelt bekam, sagte sofort die Kooperation zu.

Seitens der Vertreter der Geriatrischen Kliniken wurde auf das Qualitätssicherungsinstrument „Gemidas“ und die bundesweite Implementierung des Barthel-Index in der Geriatrie hingewiesen. Den Kostenträgern liegen die Gemidas-Jahresauswertungen 1998–2002 aller teilnehmenden Kliniken bereits vor.

Gravierender Unterschied ist, dass die Daten des „Eva-Reha Da-

ta-Sets“ direkt an den MDK übermittelt werden und dieser die Datenbank führt. Erklärtes Ziel der Kostenträger ist nicht zuletzt der direkte Vergleich der Fachdisziplinen Geriatrie und Neurologie (künftig evtl. zusätzlich noch Orthopädie und Kardiologie).

Die Mehrzahl der Vertreter Geriatrischer Kliniken sehen sich nun geneigt, der Vorgabe der Kostenträger zu folgen. Dies würde in Konsequenz den Ausstieg von 5 Kliniken aus dem Gemidas-Programm nach sich ziehen.

Momentan gibt es nach aktueller Rückmeldung des VdaK noch

technische Schwierigkeiten bei der Umsetzung, so dass nicht vor dem 2. Quartal 2004 mit einer Einführung des Systems im Saarland zu rechnen ist.

Zur Information über die Auskunftspflicht bei Patientendaten wird auf die Mitteilung von

Herrn Prof. Dr. med. W. Vogel in der Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie 2/2001, Seite 164 und zum Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen durch die Krankenkassen auf das Urteil des Bundessozialgerichtes vom 23.07.

2002 (AZ: B3KR64/01R) hingewiesen.

Dr. med. P. Koch-Gwinner
Vorsitzender LAG Saarland

Dr. med. W. Swoboda
BAG-Vorstand

Mit dem ersten deutschen DRG-System wird für 2004 ein prozedurenabhängiger Casemix in der Geriatrie etabliert: Ergebnisse des DRG-Projekts 2003

M. Borchelt, N. Wrobel, L. Pientka (DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG)

Mit der Veröffentlichung der Endfassung des G-DRG-Systems für 2004 am 15.10.2003 durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) und die InEK gGmbH (<http://www.g-drg.de>) ist das diesjährige Vorschlagsverfahren zur Anpassung des G-DRG-Systems für die Geriatrie erfolgreich abgeschlossen worden. Die Fachvertretungen der Geriatrie hatten im Vorschlagsverfahren gemeinsam gefordert, dass die geriatrische Komplexbehandlung im DRG-System bereits 2004 gruppierungs- und damit abrechnungsrelevant werden muss, um unbeabsichtigte Budgetumverteilungen wirksam verhindern zu können. Hierzu waren von der DRG-Projektgruppe konkrete, auf GEMIDAS-Daten gestützte Anpassungsvorschläge erarbeitet worden, die fristgerecht zum 31.03.2003 gemeinsam von BAG, DGG und DGGG in das Verfahren eingebracht worden sind. Besonderer Dank für viele wertvolle Anregungen und Kommentare zur Aufbereitung der Daten und Ausgestaltung der Anpassungsvorschläge gilt dabei PD Dr. Norbert Roeder und der DRG Research Group Münster [1, 2].

Die geforderte Gruppierungsrelevanz der geriatrischen Komplexbehandlung ist im neuen System für 2004 nunmehr im Grund-

satz umgesetzt. Der positive Effekt des neuen Systems auf den Casemix der Krankenhausgeriatrien, die eine geriatrische Komplexbehandlung in großer Fallzahl durchführen, konnte anhand der Daten des Anfang November ebenfalls erfolgreich abgeschlossenen Projekts zur Nachkalkulation von Fallkosten in der Geriatrie bereits eindrucksvoll nachgewiesen werden.

Gegenüber dem Referentenentwurf vom 02.09.2003 hat sich die Zahl der DRG in der Endfassung des G-DRG-Systems 2004 auf insgesamt 824 erhöht. Davon werden 806 mit dem Fallpauschalenkatalog vergütet, wobei die beiden Fehler-DRG 960Z und 961Z nach wie vor ohne Bewertungsrelation im Katalog aufgeführt sind. Die übrigen 18 DRG beziehen sich gemäß Anlage 3 zur KFPV 2004 auf Leistungen, die 2004 nicht mit dem Fallpauschalenkatalog vergütet werden. Für diese Leistungen sind krankenhausespezifische Entgelte nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG zu vereinbaren. Hierzu zählt beispielsweise die DRG K01A „Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung“.

Zu den zentralen Problemfeldern des Referentenentwurfs hatte die gemeinsame DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG am 12.09.2003 kritisch Stellung genommen [3]. Die vor-

gesehene Nicht-Berücksichtigung der geriatrischen Komplexbehandlung in der MDC 10 „Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten“ wäre beispielsweise für geriatrische Patienten mit Typ-II-Diabetes hochproblematisch gewesen. Im Einzelnen hatte die DRG-Projektgruppe in ihrer Stellungnahme auf folgende Kernprobleme des Referentenentwurfs hingewiesen:

- In der MDC 10 war die geriatrische Komplexbehandlung nicht gruppierungsrelevant, obwohl die MDC 10 zu den 6 häufigsten MDC in der Geriatrie gehört: Dies hätte insbesondere die sachgerechte Versorgung älterer Patienten mit einem Typ-II-Diabetes und multiplen Spätkomplikationen gefährdet.
- Für die zweitgrößte Patientengruppe der Geriatrie – Patienten mit Schenkelhalsfraktur – wäre die geriatrische Komplexbehandlung trotz ihrer Verankerung in der MDC 08 gerade dann nicht abrechnungsrelevant geworden, wenn Operation und geriatrische Komplexbehandlung während desselben Aufenthalts stattfinden: Dies hätte einen Fehlanreiz zu ökonomisch motivierten Verlegungen gesetzt.
- Die in § 6 KFPV 2004 vorgesehene Regelung zur Abrechnung einer teilstationären Behandlung wurde als nicht sachgerecht kritisiert, da diese vor-

sah, dass ein teilstationäres Entgelt im Verlegungsfall erst nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer einer zuvor vollstationär abgerechneten DRG in Rechnung gestellt werden kann: Eine sachgerechte Finanzierung der geriatriischen Tageskliniken würde aufgrund ihrer völlig anderen Leistungs- und Kostenstrukturen so kaum möglich sein.

Mit der am 15.10.2003 von der InEK gGmbH und dem BMGS gemeinsam veröffentlichten Endfassung des Fallpauschalenkatalogs zur Ersatzvornahme 2004 wurden zwei dieser drei Problembereiche erfreulicherweise beseitigt:

- In der MDC 10 ist die geriatriische Komplexbehandlung jetzt ebenfalls gruppierungsrelevant.
- Für die zweitgrößte Patientengruppe der Geriatrie – Patienten mit Schenkelhalsfraktur – kann die geriatriische Komplexbehandlung in der MDC 08 zusätzlich zur chirurgischen Leistung gruppierungsrelevant werden.
- Darüber hinaus wurden weitere DRG's gebildet, die die besonders aufwändige Kombination aus zunächst chirurgischer und anschließend geriatriischer Komplexbehandlung auch in anderen Fallgruppen gesondert berücksichtigen – wie z.B. in der ADRG I13 („Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk“), die bei geriatriischen Patienten zumeist eine heterogene Gruppe verschiedener Frakturen darstellt. Des Weiteren finden sich Kombinations-DRG für die ADRG B02 „Kraniotomie“ (MDC 01), für die ADRG G02 „Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm“ (MDC 06), die ADRGs I03 und I08 (verschiedene Eingriffe am Hüftgelenk, MDC 08) und die ADRG K01 „Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen (MDC 10).

Insgesamt stehen zur Vergütung der geriatriischen Komplexbehandlung im Fallpauschalenkatalog 2004 damit 7 DRG's in der „anderen Partition“ und 8 DRG's in der „operativen Partition“ zur Verfügung, die allesamt vom OPS 8-550 getriggert werden [4]. Dabei sollten insbesondere die neu eingeführten Kombinationspauschalen für chirurgische und geriatriische Komplexbehandlung zunächst ausreichen, um den befürchteten „Geriatritourismus“ im noch budgetneutralen Jahr 2004 wirksam vermeiden zu können. Alle DRG's, die mit der geriatriischen Komplexbehandlung erreicht werden können, sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Insgesamt berücksichtigt der Fallpauschalen-Katalog 2004 über 2800 verschiedene chirurgische OPS-Kodes, bei denen eine zusätzlich durchgeführte geriatriische Komplexbehandlung auch zusätzlich gruppierungsrelevant werden kann (die operativen Verfahren können in den Definitionshandbüchern [5] in folgenden Tabellen identifiziert werden: TAB-B02-1, TAB-G02-1, TAB-I03-1, TAB-I08-1, TAB-I13-1 und TAB-K01-2). Hierzu ist ergänzend festzuhalten:

- Alle „Kombinations-DRG's“ sind der „operativen Partition“ zugeordnet, während die bereits im Referentenentwurf vorhandenen fünf DRG's für die geriatriische Komplexbehandlung *ohne* vorangegangene OP auch weiterhin der „anderen Partition“ zugeordnet sind. Ebenfalls der „anderen Partition“ zugeordnet sind die in der Endfassung neu hinzugekommenen „einfachen“ DRG's der MDC 10 (K43A und K43B).
- Neu bei allen an den OPS 8-550 gebundenen DRG's ist die Angabe einer unteren Grenzverweildauer (uGVD) im FP-Katalog, die zwischen 6 und 12 Tagen liegt. Da die bisherige Dokumentation des OPS 8-550 an eine Mindestverweildauer

von 14 Tagen gebunden war und auch im OPS für 2004 Mindestverweildauern gefordert sind, bleibt abzuwarten, welchen Hintergrund diese Maßnahme hat. Denkbar ist vor allem, dass die Angabe einer uGVD notwendig war aufgrund von noch vorhandenen Kodierfehlern in den Datensätzen (Kodierung des OPS 8-550 trotz kürzerer Verweildauer), denkbar ist aber auch, dass hier eine vorbereitende Maßnahme im Hinblick auf das abschließend noch erfolgende Mapping des neuen OPS-Katalogs auf den neuen Fallpauschalenkatalog vorgenommen wurde. Eine solide Grundlage auf Kostendatenbasis kann es im Hinblick auf den erst ab 2004 verfügbaren OPS-Kode „8-550.0 Geriatriische Komplexbehandlung, 7 bis 13 Tage“ in der Kalkulation 2003 noch nicht gegeben haben, da sich die meisten geriatriischen Abteilungen an die Spezifikation des OPS-301 V2.1 gehalten und den OPS 8-550 erst ab einer Verweildauer von 14 Tagen überhaupt dokumentiert haben. Insofern wären die OPS-Kodes 8-550.1 und 8-550.2 auf den bisherigen OPS 8-550 abzubilden.

- Soweit erkennbar wurden im Übrigen gegenüber dem Referentenentwurf des Fallpauschalenkatalogs keine gravierenden Änderungen an den die MDC-Zugehörigkeit definierenden Diagnosetabellen vorgenommen, insbesondere nicht in den sechs MDC, in denen der OPS 8-550.- gruppierungsrelevant werden wird. Die veränderte Gruppierungslogik wird daher das Gros der komplexgeriatriisch behandelten Patienten erreichen: Bundesweit liegt im Kalkulationsprojekt der Geriatrie der Anteil insgesamt – d.h. über alle sechs MDC summiert – bei knapp 88% aller OPS 8-

Tab. 1 G-DRG Version 2003/2004, Fallpauschalen für die geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550)

MDC	Partition	DRG	Bezeichnung	Relativgewicht	MVD	uGVD	oGVD
01	A	B42C	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Geriatrische Komplexbehandlung	2,16	22,8	7	40
04	A	E41Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	2,02	21,1	6	37
05	A	F45Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	1,90	21,9	6	38
06	A	G51Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	2,07	22,9	7	40
08	A	I41Z	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,93	24,9	7	39
01	O	B02A	Kraniotomie mit äußerst schweren CC oder Epilepsiechirurgie, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	6,00	37,3	11	55
01	O	B02C	Kraniotomie ohne äußerst schwere CC, ohne Epilepsiechirurgie, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	4,98	27,9	8	46
06	O	G02A	Große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit Geriatrischer Komplexbehandlung	5,22	38,2	12	56
08	O	I03A	Eingriffe am Hüftgelenk, Revision des Hüftgelenkes oder Ersatz des Hüftgelenkes mit äußerst schweren oder schweren CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	4,03	33,6	10	52
08	O	I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit äußerst schweren CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	3,51	31,0	9	49
08	O	I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne äußerst schwere CC, mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	2,66	23,6	7	41
08	O	I13A	Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung	3,73	37,9	12	56
10	O	K01A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen mit Frührehabilitation und Geriatrischer Komplexbehandlung		Vergütung über krankenhausindividuell zu vereinbarendes Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG		
10	A	K43A	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit äußerst schweren CC	2,07	21,6	6	37
10	A	K43B	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ohne äußerst schwere CC	1,63	19,6	6	37

MVD: Mittlere Verweildauer; uGVD: Untere Grenzverweildauer (erster Tag mit Abschlag); oGVD: Obere Grenzverweildauer (erster Tag mit Zuschlag)

550-Fälle. D.h. umgekehrt, dass nach derzeitiger Datenlage in etwa 12% der Fälle der OPS 8-550- noch keine Abrechnungsrelevanz erreichen wird (ursächlich dafür sind vor allem Eingruppierungen in andere MDC, „konkurrierende“ Prozeduren, abweichende Gruppierungslogik etc.).

Das Projekt „Nachkalkulation von Fallkosten in der Geriatrie“ – gemeinsam durchgeführt von der Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB (Charité – Universitätsmedizin Berlin) und dem Ausschuss Betriebswirtschaft der BAG unter Vorsitz von J. Wehmeyer (Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen, Hofgeismar) – wurde Anfang November ebenfalls erfolgreich abgeschlos-

sen. Mit Daten nach § 21 KHEntgG aus dem Jahr 2002 haben sich insgesamt 26 Krankenhäuser beteiligt. Diese Krankenhäuser haben zwischen der 32. und 46. KW Daten geliefert und erhalten krankenhausindividuelle Abschlussberichte mit Vergleichsstatistiken ab der 47. KW, was die im Fachbereich mittlerweile erreichte Projekteffizienz eindrücklich unterstreicht. Ein zusammenfassender Projektbericht ist bereits in Vorbereitung. Die Referenzstichprobe (definiert als „im Jahr 2002 ausschließlich in der vollstationären Geriatrie behandelte Patienten“ ohne interne Verlegungen) umfasst insgesamt über 23 000 Fälle, davon über 9100 Fälle mit Kostendaten. Wird unter den Referenzfällen des Kalkulations-

projekts für diejenigen, für die der OPS 8-550 dokumentiert ist, eine Neugruppierung in das DRG-System 2004 vorgenommen, dann werden insgesamt 87,6% der Fälle einer von 8 der 15 neuen Geriatrie-DRG's zugeordnet (Tabelle 2). Mit Ausnahme der DRG K01A (die vorwiegend durch chirurgisches Wunddebridement bei diabetischem Fußsyndrom angesteuert wird) werden operative Kombinations-DRG in der Referenzstichprobe per definitionem nicht erreicht („reine“ Geriatriefälle). Insgesamt wurden nur 7% der Referenzfälle mit OPS 8-550 im neuen System derselben DRG wie im alten System zugeordnet (Spalte „gleiche DRG“), was noch einmal unterstreicht, wie wenig sachgerecht der australische Kata-

Tab. 2 Eingruppierung von Referenzfällen mit geriatrischer Komplexbehandlung und Verweildauer über 13 Tagen nach bisherigem Katalog (G-DRG V1.0) und nach neuem Katalog (G-DRG V2003/2004), in Prozent

Fälle mit geriatrischer Komplexbehandlung (OPS 8-550) und Verweildauer ≥ 14 Tage (Daten aus 2002)			Eingruppierung nach neuem Katalog G-DRG V2003/2004 (vgl. Tab. 1) (angegeben sind Zeilenprozente)									
G-DRG V1.0	Bezeichnung nach G-DRG V1.0	Anteil Fälle in %	B42C	E41Z	F45Z	G51Z	I41Z	K01A	K43A	K43B	Andere DRG	Gleiche DRG
B70A	Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	14,2	98,2								1,8	
B70B	Apoplexie mit anderen CC	6,5	99,8								0,2	
I62A	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC	6,5					100,0					
I62B	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC	5,9					100,0					
I62C	Frakturen an Becken und Schenkelhals ohne äußerst schwere oder schwere CC	3,4					100,0					
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	4,0	99,6								0,4	
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne Schmerztherapie/Myelographie, Alter < 75 Jahre mit CC oder Alter > 74 Jahre	3,6					98,5				1,5	
I75A	Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk, Alter > 64 Jahre mit CC	3,6					99,8				0,2	
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	2,8	99,7								0,3	
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	2,5			100,0							
B67A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	2,4	99,7								0,3	
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit äußerst schweren oder schweren CC	2,0			100,0							
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	1,9					100,0					
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	1,5			100,0							
E62A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	1,5		99,5							0,5	
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	1,1				100,0						
I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit CC	1,1									13,9	86,1
F21A	Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem mit äußerst schweren CC oder Alter > 64 Jahre ohne äußerst schwere CC	0,9									13,0	87,0
K60A	Diabetes mellitus mit äußerst schweren oder schweren CC	0,6							57,9	42,1		
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen mit äußerst schweren CC	0,4							93,9	6,1		
K61Z	Schwere Ernährungsstörungen	0,3							88,6	11,4		
K01Z	Diabetischer Fuß	0,1						86,7			13,3	
Übrige DRG's		33,1	17,4	8,3	13,7	6,8	22,4	0,0	0,3	0,9	14,4	15,8
Gesamt		100,0	35,4	4,2	10,5	3,4	32,3	0,1	1,1	0,6	5,4	7,0

log für die geriatrische Komplexbehandlung tatsächlich war. Neben der überwiegenden Zuordnung zu den neuen Geriatrie-DRG's werden weitere 5,4% der Fälle in andere DRG als bislang

eingruppiert (Spalte „andere DRG“).

Im Vergleich zu diesen insgesamt sehr positiven Veränderungen im vollstationären Bereich bleibt die Situation für tagesklini-

sche Fälle höchst problematisch, da die Abrechnungsregeln zur teilstationären Behandlung (§ 6 KFPV 2004 Endfassung) im Kern nicht mehr gegenüber dem Referentenentwurf verändert wurden. Die

Präzisierung von § 6 Abs. 2 KFPV 2004 verdeutlicht zwar, dass bei internem „Wechsel“ in die Tagesklinik nicht zusätzlich zur Nicht-Vergütung auch noch Abschlüsse drohen können (vgl. Stellungnahme der DKG zum Referentenentwurf [6]), dennoch ist angesichts von oberen Grenzverweildauern in den Geriatrie-DRG's von bis zu 56 Tagen eindeutig zu befürchten, dass die geriatrischen Tageskliniken 2004 in eine erheblich ökonomische Schieflage geraten werden. Nach ersten Analysen wird das Gros der teilstationär erbrachten Belegungstage voraussichtlich einer zuvor vollstationär abgerechneten DRG zugeordnet werden müssen. Die damit per Verordnung festgeschriebene, weitgehende Nicht-Vergütung der teilstationären Behandlungsleistung, die in der Geriatrie zumeist organisato-

risch eigenständig erbracht wird, lässt aufgrund der gleichzeitigen Vermengung mit vollstationär erzielten Erlösen zudem befürchten, dass mit aussagekräftigen, krankenhausübergreifend vergleichbaren Kalkulationsdaten aus dem teilstationären Bereich zukünftig eher noch weniger als bislang schon gerechnet werden kann.

Die detaillierte Analyse der Kosten- und Leistungsprofile des teilstationären Bereichs stellt damit eine der vordringlichen nächsten Aufgaben für die Geriatrie dar („DRG-Projekt III für 2004: Evaluation, Kalkulation und Abgrenzung der voll- und teilstationären sowie ambulanten geriatrischen Versorgung“). Eine erste informelle Abstimmung der Fachvertretungen hat hierzu bereits am 14. 10. 2003 stattgefunden, nähere Informationen werden dem-

nächst unter <http://www.gemidas.de> zur Verfügung gestellt werden.

Literatur

- [1] <http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2003/Gutachten-Anpassung-G-DRG-System.pdf> (Download am 17.11.2003)
- [2] http://drg.uni-muenster.de/de/downloads/literatur/kh4_289-292.zip (Download am 17. 11. 2003)
- [3] http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/_DRG/Problemsynopsis_KFPV_2004_Geriatrie_110903s.pdf (Download am 17. 11. 2003)
- [4] http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/_DRG/GeriatrieDRG_2004_1610_2003s.pdf (Download am 17. 11. 2003)
- [5] http://www.g-drg.de/ersatzvor2004/drg_ersatzvor_accept_e.htm (Download am 17. 11. 2003)
- [6] http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2003/RS256-03_Anlage1_Stellungnahme_KFPV2004.pdf (Download am 17. 11. 2003)

Ansprechpartner für Geriatrie im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Das BMGS teilte der BAG auf Anfrage mit, dass in der Nachfolge von Frau Huck (Nachfolgerin von Herrn Dr. Fuhrmann) noch keine Entscheidung getroffen wurde. Bis auf weiteres führt Herr Ministerialdirigent Joachim Maaßen die Korrespondenz in Sa-

chen Geriatrie mit der BAG KGE e.V.:

Joachim Maaßen
Ministerialdirigent
Leiter der Gruppe
Fragen der institutionellen
Rehabilitation

Rochusstraße 1
53123 Bonn
Tel.: 01888 / 527 42 00
Fax: 01888 / 527 29 81
E-Mail:
joachim.maassen@bmg.s.bund.de

Neuaufgabe der Broschüre „Geriatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland“

Die Broschüre „Geriatrische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland“ wurde neu aufgelegt und ist beim „Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung“ erhältlich.

Die Broschüre kann beim „Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung“ bestellt werden unter (Bestellnummer laut Internet A296):

BMGS
Telefon: 0180 / 515 15 10
Fax: 0180 / 515 15 11
E-Mail: info@bmg.s.bund.de
Internet: www.bmg.s.bund.de

Die Broschüre erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sind nur Einrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. enthalten und diese leider auch nicht vollständig.

Die Datenbank, die der Broschüre zu Grunde liegt, können Sie unter <http://www.bmg.s.bund.de/de/asp/adr/suche.asp> einsehen. Zur Aktualisierung der Daten ist geplant, ein Formblatt des BMGS an alle Mitglieder zu verschicken. Dabei haben auch die Mitgliedseinrichtungen, die bisher nicht in der Broschüre erfasst sind, die Gelegenheit, ihre Daten in die Datenbank aufnehmen zu lassen.

Novellierung der Heilmittel-Richtlinien

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation Behinderter e.V. (DVfR) informierte die Geschäftsstelle über die **DVfR-Stellungnahme zum aktuellen Entwurf für neue Richtlinien für die Heilmittelverordnung**. Die DVfR lehnt den aktuellen Entwurf für neue Richtlinien für die Heilmittelverordnung ab und fordert, den Novellierungsprozess zu stoppen:

Durch die beabsichtigte Rationierung von Leistungen, z.B. durch Wegfall der Langzeitverordnungen und Verlängerung der behandlungsfreien Intervalle werden kranke und behinderte Menschen, die dauerhaft Heilmittel benötigen, in einer Weise benachteiligt, die nicht hinnehmbar ist.

Die DVfR-Stellungnahme in der ausführlichen Fassung finden

Sie auf der Internetseite der DVfR: <http://www.dvfr.de>

DVfR
Friedrich-Ebert-Anlage 9
69117 Heidelberg
Tel.: 06221/2 54 85
Fax: 06221/16 60 09
E-Mail: info@dvfr.de