

**Dr. med. M. Borchelt**  
Stv. Leiter der  
Forschungsgruppe Geriatrie  
am EGZB

Telefon (030) 450 578 858

Telefax (030) 450 553 947

markus.borchelt@charite.de

**Synopsis der Kritikpunkte und offenen Fragen zum vorgesehenen Entwurf der Ersatzvornahme für 2004 (Referentenentwurf zur KFPV 2004, Entwurf zum Fallpauschalenkatalog 2003/2004 und Entwurf des Definitionshandbuchs 2004) aus Sicht der gemeinsamen DRG-Projektgruppe der drei Fachvertretungen der Geriatrie**

**Vorläufige Fassung, Stand 11.09.2003**

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG & DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka)

**Vorbemerkungen**

- Die vorgesehene Einführung geriatricspezifischer DRG's ist sehr zu begrüßen und kann als zwingend notwendig angesehen werden. Die Kopplung dieser DRG's an den Prozedurenkode für die *geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung* (OPS 8-550) entspricht dabei der seit Beginn der DRG-Einführung wiederholt formulierten und begründeten Forderung der Fachvertretungen der Geriatrie (Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. – BAG, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. – DGG und Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. – DGGG).
- Die geriatricspezifischen Anpassungen des G-DRG-Entwurfs für 2004 entsprechen allerdings insgesamt nur im Ansatz dem am 31.03.2003 von den Fachvertretungen gemeinsam eingebrachten Vorschlag, ohne dass dies bislang im Einzelnen seitens der zuständigen Stellen näher erläutert worden wäre.
- Die insgesamt vorgesehenen Änderungen und Anpassungen sind zu umfangreich, um kurzfristig und ohne entsprechende technische Hilfsmittel (Groupier) fundiert oder gar umfassend in ihren Auswirkungen bewertet werden zu können. Die nachfolgend aufgeführten Kritikpunkte ergeben sich aus den bislang überwiegend cursorisch und nur zu spezifischen Einzelfragen vertiefend vorgenommenen Analysen der vorliegenden Unterlagen.

## Hauptkritikpunkte und offene Fragen

- Die Beschränkung auf je eine geriatrische DRG in nur fünf der insgesamt erreichten MDC ist fachlich-inhaltlich nicht nachvollziehbar; mindestens eine weitere DRG wäre schon jetzt für die geriatrische Komplexbehandlung in der MDC 10 erforderlich, grundsätzlich gilt dies jedoch ebenso auch für alle übrigen von der Geriatrie erreichten MDC. Eine Begründung für die vorgesehene Beschränkung auf zunächst fünf MDC liegt bislang nicht vor.

Weitere Erläuterungen: Die Indikation für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ergibt sich zumeist aus einer komplexen Konstellation unterschiedlicher Krankheitsaspekte (Zusammentreffen eines akuten Ereignisses wie z.B. Schlaganfall oder Femurfraktur bei vorbestehender, im Rahmen des Akutereignisses oft komplizierend exazerbierender Multimorbidität, mit oft gravierenden Funktionseinschränkungen in verschiedenen alltagsrelevanten Bereichen sowie erschwerend hinzutretenden psychosozialen Problemkonstellationen). Die Komplexbehandlung ist daher nicht primär von einer einzelnen Hauptdiagnose abhängig. Die fünf für die Geriatrie jetzt vorgesehenen DRG reflektieren dies bereits insofern, als sie tatsächlich hauptdiagnose-übergreifend definiert sind. Im vorgesehenen Entwurf des G-DRG-Systems ist diese Ausgestaltung jedoch nur in fünf MDC etabliert worden, obwohl eine geriatrische Komplexbehandlung nachweislich in allen erreichten MDC vorkommt.

- Die Durchführung einer aufwändigen chirurgischen Prozedur zusammen mit einer anschließenden geriatrischen Komplexbehandlung im selben Krankenhaus ist im Katalogentwurf für 2004 bzw. in den Abrechnungsregeln nach KFPV 2004 nicht sachgerecht abgebildet. Es handelt sich medizinisch und ökonomisch um zwei völlig unterschiedliche Hauptleistungen, allerdings kommt bei der Gruppierung und Abrechnung dann zumeist nur die chirurgische Prozedur zum Tragen. Es bleibt unverständlich, warum beispielsweise die ähnlich gelagerten Problemfälle mit „*Frührehabilitation bei Polytrauma*“ ohne OP vom Fallpauschalkatalog ausgenommen werden (DRG W40Z), während zugleich etwa alle polytraumatisierten Patienten mit OR-Prozeduren (ggf. auch mehreren) und daran anschließender Frührehabilitation oder geriatrischer Komplexbehandlung über eine einzelne, ausschließlich chirurgisch definierte DRG vollständig abgegolten sein sollen. Leistungsgerecht ist dies sicher nicht. Bei dieser Ausgestaltung steht zu befürchten, dass aus ökonomischen Gründen geriatrische Patienten nach einer Operation grundsätzlich zur frührehabilitativen Nachbehandlung in ein anderes Krankenhaus verlegt werden müssen, da erst dieses dann die für die geriatrische Komplexbehandlung vorgesehene DRG tatsächlich auch abrechnen kann.

Weitere Erläuterungen: Von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen berücksichtigt auch das für 2004 vorgesehene G-DRG-System im Wesentlichen immer nur eine Prozedur als Hauptleistung. Bei der Eingruppierung haben dabei in der Regel chirurgische Prozeduren Vorrang vor den sogenannten Non-OR-Prozeduren, denen die geriatrische Komplexbehandlung in fünf MDC als „lokal signifikant“ zugeordnet ist. Dadurch ist im Grouper-Algorithmus bereits vorprogrammiert, dass die aufwändige geriatrische Zusatzleistung gerade bei operierten geriatrischen Patienten abrechnungstechnisch überhaupt nicht zum Tragen kommt (da allein die chirurgische Leistung die Eingruppierung bestimmt). Durch diesen Mechanismus werden gerade die Krankenhäuser benachteiligt, die eine – sowohl aus Patientensicht als auch aus ökonomischer Sicht sehr sinnvolle – integrierte chirurgisch-frührehabilitative Ausbehandlung „unter einem Dach“ anbieten. Gerade dies würde nun unvermittelt zu einem bedeutsamen Wettbewerbsnachteil werden, der durch nichts gerechtfertigt werden kann. Diese

Problematik war bereits im Rahmen des Vorschlagsverfahrens seitens der Geriatrie eingehend dargestellt worden. Das G-DRG-System darf keinen derart evidenten Anreiz zu medizinisch unnötigen und gerade geriatrische Patienten erheblich belastenden zusätzlichen Verlegungen setzen.

- Die im Referentenentwurf zur KFPV 2004 vorgesehenen Verlegungs- bzw. Abrechnungsregeln im Hinblick auf die weitere teilstationäre Behandlung (Abschnitt 2, § 6 KFPV 2004) sind aus geriatrischer Sicht nicht sachgerecht. Bei Umsetzung dieser Regelung steht zu befürchten, dass die in der wohnortnahen, abgestuften geriatrischen Versorgungskette hochgradig bewährten Tageskliniken – vielfach als Modellprojekte gerade erst ab Mitte der 90er Jahre auf- und weiter ausgebaut – nun möglicherweise einem ökonomischen Desaster ausgesetzt werden. Eine vollstationär kalkulierte Fallpauschale kann nicht bis zur oberen Grenzverweildauer auch die Kosten für eine teilstationäre Behandlung abdecken. Leistungs- und Kostenstrukturen der geriatrischen Tageskliniken unterscheiden sich grundlegend vom vollstationären Bereich und beinhalten zudem Bestandteile, die bislang in die DRG-Kalkulationen überhaupt nicht eingegangen sind.

Weitere Erläuterungen: Die teilstationäre geriatrische Behandlung findet ausschließlich an Werktagen und in der Regel in der Zeit zwischen 8 und 16 Uhr statt. Ansonsten wird der Patient bereits zuhause versorgt. Im Vergleich zur vollstationären Behandlung ist beispielsweise der therapeutische Aufwand höher und der pflegerische geringer. Hinzu kommen tägliche Transporte zwischen Wohnort und Tagesklinik. Da im Entwurf nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer ein tagesbezogenes, krankenhausesindividuell verhandeltes teilstationäres Entgelt prinzipiell vorgesehen ist, werden die bislang bestehenden, grundsätzlich unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten für voll- und teilstationäre Fälle auch zukünftig bestehen bleiben. Derzeit muss auch für einen innerhalb einer Einrichtung teilstationär weiterbehandelten Patienten in der Regel ein neuer Behandlungsfall im Abrechnungssystem angelegt werden – schon aufgrund der Tatsache, dass (anders als im vollstationären Bereich) aus dem Aufnahme- und Entlassdatum nicht direkt die Zahl der Berechnungstage abgeleitet werden kann, sondern Wochenendtage, Feiertage und individuelle Fehltagerechnungen herausgerechnet werden müssen. Hinzu kommen die separat abzurechnenden Transportkosten. Es ist nicht erkennbar, wie teilstationär anfallende Kosten mit einer in diese Behandlung hineinreichenden Fallpauschale für vollstationäre Behandlung sauber verrechnet und schließlich in nachfolgenden Neukalkulationen der hiervon betroffenen DRG's angemessen berücksichtigt oder herausgerechnet werden können. Es steht somit zu erwarten, dass bei Inkrafttreten der in § 6 KFPV 2004 vorgesehenen Regelung kein geriatrischer Patient vor Überschreiten der oberen Grenzverweildauer in die teilstationäre Behandlung übernommen werden könnte. Dies würde dann gerade die bei der Behandlung geriatrischer Patienten medizinisch bedeutsame, frühestmögliche Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung konterkarieren und zu einer für die betroffenen Patienten unnötigen sowie für die hiervon betroffenen geriatrischen Kliniken ökonomisch nicht tragfähigen, längerdauernden Hospitalisierung geriatrischer Patienten führen. Damit würden die fortgesetzten Anstrengungen und die bereits erzielten Erfolge der Geriatrien bei der Verkürzung der Hospitalisierungsdauer gerade der schwer betroffenen geriatrischen Patienten aller Voraussicht nach wieder zunichte gemacht. Die Grenze muss an der mittleren Verweildauer festgemacht werden, da es sich zumeist ohnehin um Verlegungsfälle handelt.

Für die Projektgruppe:

gez. Dr. med. M. Borchelt (Sprecher)

Berlin, 11.09.2003 (vorläufige Fassung)