

# Zur erodierenden Kraft des Faktischen

Analysen, Stellungnahmen und Mitteilungen  
zur G-DRG-Einführung 2002/2003

**DRG-Projektgruppe Geriatrie**

**Markus Borchelt (Hrsg.)**

---

DRG-Schriftenreihe zur Altersmedizin | Geriatrie

**Band 1**



Berlin : DKGGER  
2002 • 2008

**Langzeitarchivierung (Deutsche Nationalbibliothek, [nbn-resolving.de](http://nbn-resolving.de))**

Zur erodierenden Kraft des Faktischen: Analysen, Stellungnahmen und  
Mitteilungen zur G-DRG-Einführung 2002/2003 / Markus Borchelt (Hrsg.)  
[Elektronische Ressource]

Berlin : DRG-Kompetenzteam Geriatrie, 2008

**urn:nbn:de:0199-2008080863**

#### ***Hinweise zum Urheberrecht***

Für Dokumente, die in elektronischer Form über Datennetze angeboten werden, gilt uneingeschränkt das Gesetz über Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (UrhG, siehe <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/urhg/index.html>).

#### Inbesondere gilt:

Einzelne Vervielfältigungen z.B. Kopien und Ausdrücke dürfen nur zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch angefertigt werden (§ 53 Urheberrechtsgesetz). Die Herstellung und Verbreitung von weiteren Reproduktionen ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Urhebers gestattet. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Rechtsvorschriften selbst verantwortlich und kann bei Missbrauch haftbar gemacht werden.

Bitte beziehen Sie sich beim Zitieren dieses Dokuments immer auf folgende

URN: **urn:nbn:de:0199-2008080863**

URL: **<http://www.geriatrie-drg.de/dkger/opus/2008080863>**

# Inhaltsverzeichnis

---

Teil 1	Zur erodierenden Kraft des Faktischen: Abschließende Stellungnahme zum KFPV-Referentenentwurf vom 03. September 2002 <i>M. Borchelt, N. Wrobel und L. Pientka</i> <i>Mitteilungen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.</i> .....	5
Teil 2	Der Projektbericht zur Erstkalkulation aus geriatrischer Sicht: Eine erste Bestandsaufnahme <i>M. Borchelt</i> <i>Mitteilungen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.</i> .....	13
Teil 3	Stellungnahme zum Kabinettentwurf des Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) <i>M. Borchelt</i> <i>Mitteilungen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.</i> .....	19
Teil 4	InEK veröffentlicht Unterlagen zur geplanten Ersatzvornahme 2004: OPS 8-550 im Entwurf des neuen DRG-Katalogs gruppierungsrelevant <i>M. Borchelt</i> <i>Mitteilungen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.</i> .....	23
Teil 5	Mit dem ersten deutschen DRG-System wird für 2004 ein prozedurenabhängiger Casemix in der Geriatrie etabliert: Ergebnisse des DRG-Projekts 2003 <i>M. Borchelt, N. Wrobel und L. Pientka</i> <i>Mitteilungen der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.</i> .....	29

## Vorbemerkung

---

Die in diesem Band zusammengefassten Beiträge sind als Mitteilungen der DRG-Projektgruppe Geriatrie im Rahmen des Vorschlagsverfahrens zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständigen bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2004 entstanden.

# Zur erodierenden Kraft des Faktischen

## Abschließende Stellungnahme zum KFPV-Referentenentwurf vom 03. September 2002

Markus Borchelt, Norbert Wrobel und Ludger Pientka  
(DRG-Projektgruppe Geriatrie)

Publiziert in:  
*Z Gerontol Geriat* 35:511-515 (2002)

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

Die Lösung wird in den veröffentlichten DRG-Profilen der Krankenhäuser Australiens deutlich (veröffentlicht unter [www.health.gov.au/casemix](http://www.health.gov.au/casemix)). Es werden diejenigen Behandlungsfälle "reklassifiziert" (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](mailto:Katrina.Chisholm@health.gov.au), 15.08.2002)

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

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

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

Im Zeitraum 1999/2000 wurden demnach 22,53% der schwerstbetroffenen australischen Schlaganfallpatienten "reklassifiziert", d.h. sie wurden nach über 21 Tagen Behandlung innerhalb der Fallpauschale (3. Quartil, siehe "Length of stay") anschließend mit einer nicht näher ausgewiesenen Dauer außerhalb der Fallpauschale *weiterbehandelt* (außerdem wurden 19,08% der Fälle zur Weiterbehandlung in ein anderes Akutkrankenhaus verlegt). Zusammengenommen deckt die Fallpauschale B70A in Australien also bei weniger als 59% der B70A-Fälle die Kosten fallabschließend ab. 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 03.09.2002, BMG, Referat 216): Während 2001 die Krankenhäuser in Deutschland insgesamt noch im Mittel 19,15 Tage (und Geriatrien im Besonderen  $28,98 \pm 15,27$  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 Fallgruppen-Profile

(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 03.09.2002 in Tabelle 1 zusammengestellt.

Tabelle 1

DRG	Bezeichnung	AR-DRG 4.1		G-DRG 1.0		Diff-VD
		ALOS (Tage)	% Reklassifiziert	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	Anderer 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	Anderer 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	Anderer Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	10	11,6	9	24	-1
I75A	Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk, Alter > 64 Jahre mit CC	10	12,3	9	24	-1
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC	10	8,4	9	24	-1
E66A	Schweres Thoraxtrauma, Alter > 69 Jahre mit CC	9	6,6	9	24	0
L63A	Infektionen der Harnorgane, Alter > 69 Jahre mit äußerst schweren CC	10	7,5	10	25	0
X60A	Verletzungen, Alter > 64 Jahre mit CC	6	6,2	6	21	0
I74A	Verletzung an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß, Alter > 74 Jahre mit CC	6	8,4	7	22	1
B70B	Apoplexie mit anderen CC	10	16,2	11	26	1
I76A	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 Sehnerkrankungen, 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

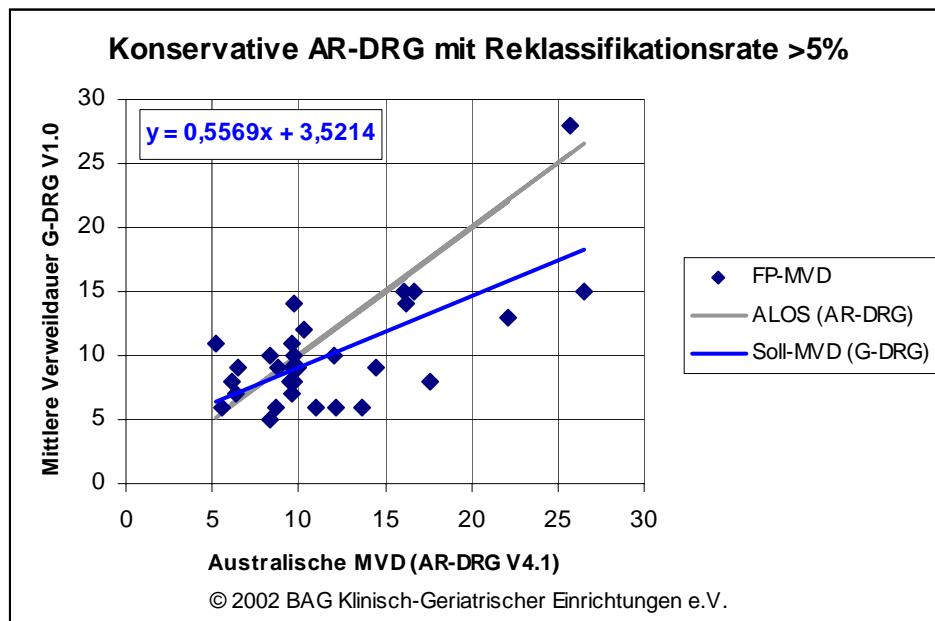
Bei Inkrafttreten dieses Entwurfs müssten in Deutschland im Mittel Verweildauern in diesen Fallgruppen erzielt werden, die zum Teil erheblich unterhalb der australischen Verweildauern liegen. Auch wenn hierzu weitergehende Analysen sicher noch erforderlich sind, gilt dies aller Voraussicht nach auch 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 Querschnittlähmungen, 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.



Abbildung 1



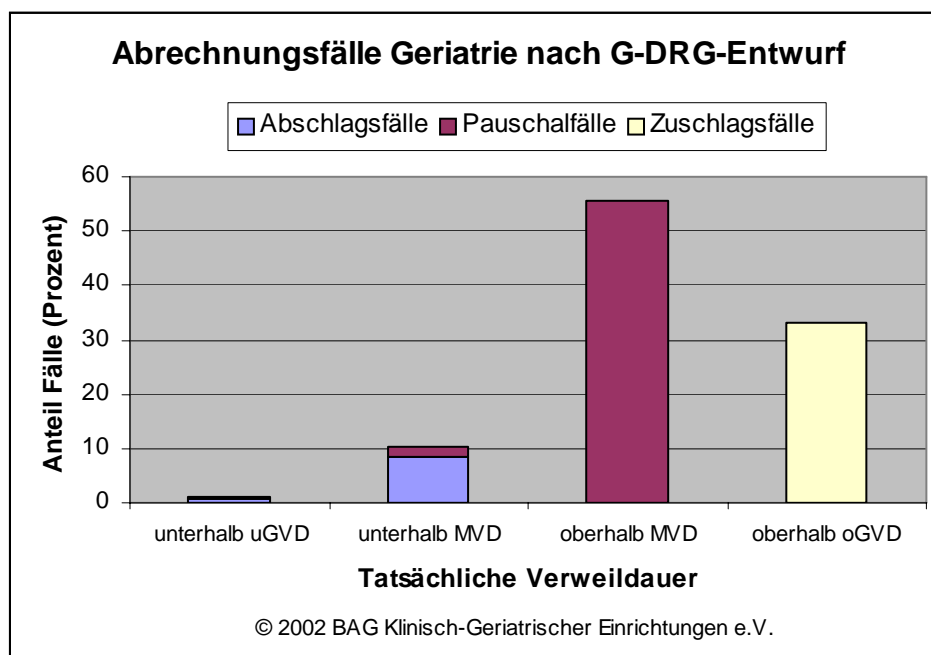
FP-MVD = mittlere Verweildauer der dt. Fallpauschale; ALOS = austral. Verweildauer

Ein Geriater, der auf Tabelle 1 schaut, sieht sich unvermittelt 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) innerhalb 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 der 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 ober-

halb 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 finanzielle 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.

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



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

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 Verweildauereckdaten ausgewiesen waren (n=58 DRG's). Daraus resultierte insgesamt ein höherer Anteil an geriatrischen Patienten, die sich finanzierungstechnisch in problematischen Fallgruppen befinden. Aus Gründen der Konsistenz wurden in der vorliegenden 4. Fassung nunmehr die Kenngrößen nur noch in Bezug auf die in Tabelle 1 ausgewiesenen 31 konservativ-medizinischen Fallgruppen ermittelt, für die auch deutsche Verweildauereckdaten 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.

# Der Projektbericht zur Erstkalkulation aus geriatrischer Sicht

## Eine erste Bestandsaufnahme

Markus Borchelt  
(Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie)

Publiziert in:  
*Z Gerontol Geriat* 36:84-86 (2003)

Die InEK gGmbH und das BMGS haben am 17.01.2003 die Daten des Projektberichts in maschinenlesbarer Form veröffentlicht. Aufgrund dieser Tatsache ist es möglich, über die im Bericht beschriebenen Auswertungen hinaus Detailanalysen zu ergänzenden Fragestellungen vorzunehmen. Wir haben uns für eine erste Bestandsaufnahme drei geriatrischen Fragestellungen zugewendet:

1. Wie hoch ist die Fallzahl hochaltriger Patienten insgesamt und auf welche DRGs verteilen sich diese?
2. In welchen DRGs tritt mit welcher Prävalenz die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung auf?
3. Welche OPS-Kodierfehler gibt es und wie wirken sich diese aus?

### **1. Hochaltrige Patienten (75 Jahre oder älter) in der Erstkalkulation**

Aus den Angaben des Projektberichts zur Erstkalkulation kann für jede G-DRG die absolute Fallzahl der 75jährigen und älteren Patienten berechnet werden. Die Gesamtgröße dieser Altersgruppe in der Kalkulationsstichprobe beläuft sich damit - über alle DRGs summiert - auf insgesamt ca. N=95.185; die Fälle verteilen sich

dabei über 538 verschiedene DRGs (davon 470 mit  $N \geq 10$ ). Die darunter häufigsten 20 DRGs (auf die allerdings nur 28,3% aller hochaltrigen Patienten entfallen) zeigt Tabelle 1.

**Tab. 1** Die 20 häufigsten DRGs der über-74jährigen Patienten in der Erstkalkulation

DRG Bezeichnung	Anteil 75 J. und älter		Kennwerte der DRG				
	N	%	Verweildauer		Rel.- Gew.	% >74 J.	Fall- zahl
			arith. MW	geom. MW			
F62B Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	3413	3,59	10,1	8,6	0,991	61,94	5510
C08Z Große Eingriffe an der Linse	2631	2,76	1,9	2,7	0,548	60,99	4314
B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	1575	1,65	18,0	15,0	1,936	65,93	2389
B70B Apoplexie mit anderen CC	1537	1,61	12,5	11,0	1,459	50,63	3036
I68A Nicht operativ beh. Erkr. u. Verletzungen i. WS-Bereich o. Schmerztherapie/Myelogr., Alter < 75 J. m. CC o. Alter > 74 J.	1429	1,50	11,9	8,5	1,049	54,13	2640
F62A Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	1421	1,49	13,6	11,5	1,385	70,42	2018
E62B Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit schweren oder mäßig schweren CC	1408	1,48	10,5	8,5	1,060	37,10	3795
G42A Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	1319	1,39	9,9	7,2	0,909	35,14	3754
C63B Andere Erkrankungen des Auges ohne CC	1318	1,38	1,3	1,6	0,207	33,12	3980
E62A Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	1237	1,30	13,6	11,2	1,399	63,73	1941
F42B Kreislaufkr. o. akuten Myokardinfarkt, mit invasiver kardiolog. Diagn., o. komplexe Diagnose/Prozedur	1187	1,25	2,8	2,3	0,658	15,19	7813
E71A Neubildungen der Atmungsorgane mit CC	1067	1,12	7,8	5,1	0,733	16,64	6411
F71B Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere oder schwere CC	1052	1,11	5,6	4,0	0,664	28,34	3712
F12Z Implantation eines Herzschrittmachers	1051	1,10	12,1	9,0	1,910	56,81	1850
E65A Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst schweren oder schweren CC	1026	1,08	12,0	9,9	1,101	39,09	2625
R61B Lymphom und nicht akute Leukämie ohne äußerst schwere CC	903	0,95	8,4	4,6	0,920	26,12	3457
F66A Koronararteriosklerose mit CC	892	0,94	7,7	5,7	0,791	40,44	2206
F67A Hypertonie mit CC	880	0,92	7,4	5,5	0,756	38,60	2280
B70C Apoplexie ohne andere CC	806	0,85	10,4	8,7	1,317	37,59	2144
960Z Nicht gruppierbar	788	0,83	5,1	0,0	-	14,58	5404
Gesamt	26940	28,30					

Die Aufstellung verdeutlicht, wie wenig repräsentativ die Stichprobe im Hinblick auf geriatrische Behandlungsfälle ist: Das Profil unterscheidet sich grundsätzlich vom Profil der Geriatrien - insbesondere die I62A (Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC) findet sich hier nicht, auch nicht unter den ersten Hundert DRGs dieser Auflistung.

## 2. Die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) in der Erstkalkulation

Aus den Angaben des Projektberichts zur Erstkalkulation lässt sich weiterhin nachvollziehen, in welchen DRGs der OPS 8-550 prozentual am häufigsten vertreten war. Tabelle 2 fasst die 10 DRGs mit der größten Prävalenz der geriatrischen Prozedur zusammen.

**Tab. 2** Die 10 DRGs mit der höchsten Prävalenz des OPS 8-550

DRG	Bezeichnung	Fallzahl	Anteil mit OPS 8-550 (%)
U63A	Schwere affektive Störungen mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 69 Jahre ohne äußerst schwere oder schwere CC	230	16,96
I62A	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC	214	14,02
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	888	9,68
I62B	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC	282	9,57
B70A	Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	2389	8,62
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	216	7,41
B64Z	Delirium	323	7,12
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	284	6,69
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC	60	6,67
B67A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	766	6,14

Es ist ersichtlich, dass weder Rangfolge noch Prävalenzen repräsentativ sind. Eingegangen in die zugehörigen "klinischen Profile" (vgl. Band 2 des Berichts zur Erstkalkulation) sind dabei nicht-verlegte, vollstationäre Fälle der Hauptabteilungen (teilstationäre Fälle sowie Verlegungsfälle, die keine eigenständige Verle-

gungs-DRG konstituieren, und unplausible Fälle wurden ausgeschlossen). Am Beispiel der nicht-chirurgischen I62A wäre zu hinterfragen, was die tatsächliche Behandlungsindikation dann war, wenn wirklich nur 14% eine komplexgeriatrische Frührehabilitation erhalten haben - immerhin waren in dieser Gruppe bei Aufnahme 83% der Patienten über 74 Jahre alt. Es bleibt dabei unklar, ob sich der Ausschluss von Verlegungsfällen sowohl auf Verlegungszugänge als auch auf -abgänge bezieht. Im Kalkulationskollektiv jedenfalls wurden - nach Berichtslage - nur fallabschließend behandelte Direktaufnahmen berücksichtigt. Unterstellt man dies auch für die veröffentlichten klinischen Profile, dann wären nach Datenlage der Erstkalkulation 496 hochaltrige Patienten mit hüftnaher Fraktur (I62A+I62B) direkt aufgenommen worden, jedoch weder operiert noch komplexgeriatrisch-frührehabilitativ behandelt und im arithmetischen Mittel nach 20 Tagen wieder entlassen worden. Was und wie ist in den 20 Tagen behandelt worden?

### **3. Fälle mit OPS-Kodierfehlern in der Erstkalkulation**

Im Prozedurenprofil der I62A ("Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC", medizinische Partition) finden sich nun sehr wohl chirurgische - allerdings nach OPS-301 V2.1 ungültige - OPS-Codes. Auch im Kostenprofil erscheinen dementsprechend beispielsweise Kosten für "Implantate". Daraus resultiert für die medizinische DRG I62A ein beachtlich hohes Relativgewicht (RGW=2,132) - gerade auch im Vergleich zur B70A ("Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur", RGW=1,936) - der Verdacht ist nicht von der Hand zu weisen, dass dies im Wesentlichen auf eine Fehlzurordnung von chirurgischen Kosten zu einer medizinischen Fallgruppe zurückgeht. Daraus würde sich auch die Umkehrung der Relation der Kostengewichte der beiden größten geriatrischen Fallgruppen zueinander erklären: Im AR-DRG-System 4.1 war die B70A mit 3,96 bewertet, die I62A jedoch deutlich niedriger mit 3,25.

Bei der I62B ("Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC") besteht grundsätzlich dasselbe Problem: Auch bei dieser medizinischen DRG finden sich falsch kodierte chirurgische OPS-Codes und zugeordnete Implantatkosten, woraus ein RGW=1,970 resultiert - das mithin immer noch höher ist als das RGW der B70A. Im australischen System ist demgegenüber das Kostengewicht-



Verhältnis B70A : I62B beinahe 2 : 1 - und nicht 1 : 1 wie im Optionsmodell des G-DRG-Systems V1.0.

Ein weiteres aus geriatrischer Sicht gravierendes Beispiel illustriert Tabelle 3. In der DRG I61Z "Andere Frakturen am Femur", die am häufigsten von der ICD S72.9 (Fraktur des Femurs, Teil nicht näher bezeichnet) und den ICD S72.4- (Distale Fraktur des Femurs) angesteuert wird, entsprechen 10 der 15 häufigsten Prozeduren chirurgischen Eingriffen aus dem OPS-Kapitel 5 – alle 10 nicht korrekt kodiert (6. Stelle fehlt) und daher vom Grouper nicht korrekt eingruppiert.

**Tab. 3** Häufigste Prozeduren in DRG I61Z (Andere Frakturen am Femur)

OPS	OK	Bezeichnung	Prozent
5-787.3	✗	Entfernung von Osteosynthesematerial: Platte	6,49
8-390	✓	Lagerungsbehandlung	5,84
5-787.1	✗	Entfernung von Osteosynthesematerial: Schraube	4,55
5-787.8	✗	Entfernung von Osteosynthesematerial: Verriegelungsnagel	4,55
8-550	✓	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	3,90
8-800.2	✓	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkonzentrat, 1-5 TE	3,25
5-791.2	✗	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Plattenosteosynthese	2,60
8-200.h	✓	Geschlossene Reposition einer Fraktur ohne Osteosynthese: Femur distal	2,60
5-787.4	✗	Entfernung von Osteosynthesematerial: Winkelplatte/Kondylenplatte	2,60
5-790.0	✗	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube	1,95
5-790.4	✗	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Verriegelungsnagel	1,95
5-790.7	✗	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Winkelplatte/Kondylenplatte	1,95
5-793.1	✗	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Schraubenosteosynthese	1,95
5-894.1	✗	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut: Exzision, lokal, mit primärem Wundverschluß	1,95
3-205	✓	Native Computertomographie des Muskel-Skelettsystems	1,30

Legende: | ✓ | korrekter OPS-301 V2.1 Code  
| ✗ | kein OPS-301 V2.1 Code

## **Fazit**

Es steht zu erwarten oder bleibt zumindest doch zu hoffen, dass der Fallpauschalkatalog 2004 bereits eine größere Korrektheit erreichen wird. Dies kann jedoch nur dann wirksam werden, wenn sowohl gezielte Steuerungen als auch erlösoptimierte Kodierungen auf Basis des Katalogs der Ersatzvornahme 2003 weitestgehend unterbleiben. Damit wiederum kann aber nur gerechnet werden, wenn von verantwortlicher Seite signalisiert wird, dass man um diese Probleme weiß und sie offiziell offen benennt, und wenn zugleich eine konkrete Bereitschaft besteht, wirtschaftlich tragfähige Interimslösungen einzurichten. Das Gegenteil einer tragfähigen Lösung wäre beispielsweise, im nächsten Schritt die DRGs nur um die fälschlich zugeordneten chirurgischen Fälle zu bereinigen, ohne gleichzeitig den OPS 8-550 bewertungsrelevant zu machen. Schließlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass allein aufgrund der Fehlkodierung und Fehlzusammenordnung der chirurgischen Fälle eine sichere statistische Differenzierung zwischen geriatrischen Komplexfällen und sonstigen konservativ behandelten Fällen innerhalb der DRG vereitelt wurde - ein Umstand, der außerhalb der Beeinflussbarkeit durch geriatrische interne Kodierqualität liegt.

## Stellungnahme zum Kabinettsentwurf des Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG)

Markus Borchelt  
(Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie)

Publiziert in:  
*Z Gerontol Geriat* 36:161-163 (2003)

Der Gesetzentwurf wurde am 26.02.2003 vom Kabinett verabschiedet und wird nun dem Bundestag und dem Bundesrat zur weiteren Beratung übermittelt. Den Kabinettsentwurf als PDF findet man bei der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. ([http://www.kgrp.de/files/presse/Kabinettsentwurf\\_FPaenderungsgesetz.pdf](http://www.kgrp.de/files/presse/Kabinettsentwurf_FPaenderungsgesetz.pdf)) - mitsamt einer detaillierten Zusammenfassung der Veränderungen gegenüber dem Referentenentwurf vom 30.01.2003.

### **Zu § 17b KHG in Verbindung mit § 6 KHEntgG**

Für aus dem Fallpauschalensystem "*ausgeklammerte*" (d.h. befristet ausgenommene) Bereiche bzw. spezialisierte Einrichtungen, die mit dem DRG-System noch nicht sachgerecht vergütet werden können, wird im Kabinettsentwurf klar gestellt, dass für 2005 und 2006 krankenhaushausindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind, während für "prinzipiell erfasste" Leistungen in den budgetneutralen Jahren 2003 und 2004 Entgelte ausschließlich nach Katalog abgerechnet werden - auch dann, wenn diese Entgelte noch keine sachgerechte Vergütung darstellen, da in den budgetneutralen Jahren die Fallpauschalen "*grundsätzlich lediglich Abschlagszahlungen*" sind und deshalb "*Ungenauigkeiten bei der Höhe ... hingenommen werden*" können.

Nach wie vor bestimmen entweder die Selbstverwaltungspartner oder das BMGS im Rahmen einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung (sog. "Ersatzvornahme"), ob und welche Bereiche bzw. spezialisierten Einrichtungen vom Fallpauschalensystem befristet auszunehmen sind (ohne nähere Erläuterung der Kriterien oder der Vorgehensweise). Ausgenommene "besondere Einrichtungen" verhandeln – wie die aus dem DRG-Fallpauschalensystem ausgenommenen psychiatrischen Krankenhäuser – weiterhin nach den Vorgaben der Bundespflegesatzverordnung (vgl. Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe c). Hierzu heißt es in der Einzelbegründung:

*"Nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG können besondere Einrichtungen, deren Leistungen noch nicht sachgerecht mit dem DRG-Vergütungssystem vergütet werden können, zeitlich befristet aus dem System ausgenommen werden (...). Für diese Einrichtungen können krankenhaushausindividuelle Entgelte vereinbart werden (...). Im Hinblick auf die Zielsetzung, ein möglichst durchgängiges pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen (vgl. § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG), müssen ökonomische Fehlanreize vermieden werden. Es wird deshalb bestimmt, dass für die ausgenommenen Einrichtungen weiterhin die Vergütungsregelungen der Bundespflegesatzverordnung anzuwenden sind. Für diese Einrichtungen gelten deshalb insbesondere die Vorgaben zur Budgetbegrenzung nach § 6 BpflV weiter. Ebenso werden anstelle der verbesserten Mehrerlösausgleiche nach dem Krankenhausentgeltgesetz die entsprechenden Regelungen der Bundespflegesatzverordnung angewendet. Eine solche Vorgabe ist erforderlich, weil krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG ab dem Jahr 2005 weder einer Budgetbegrenzung noch den Mehrerlösausgleichen unterliegen. Ausgenommene Einrichtungen würden somit besser gestellt als die Krankenhäuser, die den Vorgaben des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegen."*

Aus der vorgenommenen Spezifizierung zum § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG (vgl. Artikel 2 Nr. 4 Buchstabe a des FPÄndG-Entwurfs) würde folgen, dass es im Jahr 2004 keine allgemeine Öffnungsklausel gibt, auch nicht für den Fachbereich Geriatrie (formal erfasst werden geriatrische Fälle, also entfällt Nr. 1; sollten sie als nicht sachgerecht vergütet angesehen werden, würde dies den in Nr. 2 beschriebenen Tatbestand erfüllen - mit Wirkung für 2005/06). Nur besondere Einrichtungen werden in der Öffnungsklausel ohne eine Differenzierung nach budgetneutraler Phase und Konvergenzphase aufgeführt, und können damit vermutlich prinzipiell "wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen

der Versorgungsstruktur" (Artikel 1 Nr. 2 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb) zeitlich befristet ausgenommen werden. Inwieweit diese Definition auf geriatrische Fachkliniken ("Solitäre") zutrifft, obliegt zunächst wohl einer Feststellung durch die Selbstverwaltungspartner bzw. bei Nichteinigung dann einer Konfliktlösung durch Rechtsverordnung.

Bei Umsetzung des FPÄndG gemäß Kabinettsentwurf ergibt sich daraus, dass im Jahr 2004 geriatrische Leistungen als solche zunächst per Gesetz nicht vom Fallpauschalensystem ausgenommen werden können, sondern grundsätzlich nach Fallpauschalenkatalog abzurechnen sind, da sie rein formal von diesem erfasst werden. Eine Ausnahme von dieser Regel kann es für besondere Einrichtungen geben, wobei diese nicht spezifisch definiert sind.

Im Jahr 2004 kann ein möglicherweise rechnerisch resultierendes Defizit nach Auffassung des Gesetzgebers hingenommen werden, da sich das tatsächliche Budget nicht verändert (budgetneutrales Jahr) und weil für 2005 ohnehin Krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren wären, wenn die neue Öffnungsklausel nach § 6 KHEntgG greift, was sie in dem Fall nicht tut, wenn die Selbstverwaltungspartner (oder das BMGS) 2004 zu der Feststellung kommen, die Leistungen der Geriatrie seien bereits sachgerecht vergütet.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang noch einmal an den Projektbericht zur Erstkalkulation, der in den Detailanalysen zur Geriatrie zum Ergebnis kam: "*eine Unterfinanzierung kann nicht abgeleitet werden*" (3M-Projektbericht, vgl. Mitteilungen der BAG 01/2003). Da die Art der Feststellung im Jahr 2004 hinsichtlich einer sachgerechten Abbildung der Geriatrie nicht sicher vorhersehbar ist, wird jedes Krankenhausmanagement mit rechnerisch defizitär erscheinender Geriatrie daher etwas stärkere Nerven brauchen, um nicht dem Bedürfnis zu erliegen, vorsorglich für 2005 bereits gegen zu steuern: Wer 2004 eine nach neuen Abrechnungsregeln defizitär erscheinende Geriatrie betreibt, kann, momentan nur darauf hoffen, dass entweder **(i)** die Öffnungsklausel für 2005 tatsächlich greift (abhängig von der Feststellung der Selbstverwaltung oder des BMGS), oder **(ii)** das System noch rechtzeitig für 2005 sachgerecht angepasst wird (abhängig von der

Kalkulationsgrundlage des InEK und den eingebrachten Anpassungsvorschlägen). Das Problem ist sicher, dass eine einzelne Einrichtung bzw. ein einzelner Träger hinsichtlich (i) und (ii) aktiv kaum mehr tun kann, als die eigenen Kostendaten der allgemeinen Kalkulation zur Verfügung zu stellen. Dieses ist jedoch ein notwendiger und wichtiger Beitrag.

## **Fazit**

Die Geriatrie wird 2004 prinzipiell im DRG-System sein und nach Katalog abrechnen. Je sachgerechter sie darin bereits abgebildet sein wird, desto wahrscheinlicher werden die vorhandenen Versorgungsstrukturen intakt bleiben und desto sicherer wird die Planungsgrundlage für 2005 sein. Sachgerechtigkeit hängt dabei für 2004 zunächst vor allem an einer Vergütungsrelevanz geriatrischer Leistungen (insbesondere hinsichtlich des OPS 8-550). Die BAG wird sich weiterhin aktiv dafür einsetzen, eben diese Relevanz noch für 2004 zu etablieren. Langfristig wird Sachgerechtigkeit allein von der klinischen und ökonomischen Datenqualität abhängen.

## **InEK veröffentlicht Unterlagen zur geplanten Ersatzvornahme 2004**

**OPS 8-550 im Entwurf des neuen DRG-Katalogs gruppierungsrelevant**

Markus Borchelt  
(Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie)

Publiziert in:  
*Z Gerontol Geriat* 36:415-416 (2003)

Die InEK gGmbH hat am 3. September 2003 umfangreiche Informationen und Dokumente zur Ersatzvornahme 2004 nach § 17b Abs. 7 KHG auf ihrer Homepage zum Download bereitgestellt (Nutzungsbedingungen s. [www.gdrg.de](http://www.gdrg.de)). Damit werden alle Informationen vorab bereitgestellt, die für eine fundierte Auseinandersetzung mit den Details zum neuen – und deutlich veränderten – DRG-System benötigt werden.

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8- 550) ist in dem Entwurf der neuen G-DRG-Systematik in insgesamt 5 MDC's in die Entscheidungslogik zur Eingruppierung eingebunden:

- MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems
- MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
- MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
- MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
- MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe.

Im derzeit laufenden Kostenkalkulationsprojekt der Geriatrie (Stand: 22 129 Fälle aus 24 Kliniken) entsprechen diese MDC beispielsweise den Top-5 MDC, in die 90% der Fälle mit geriatrischer Komplexbehandlung eingruppiert wurden. Die im Entwurf zum DRG-System 2004 zunächst vorgesehene Beschränkung auf diese fünf MDC – erreicht werden im Geriatrieprojekt insgesamt immerhin 22 MDC – deckt das Fallspektrum der Komplexbehandlung sehr weitreichend ab. In jeder dieser fünf MDC wird jeweils eine DRG direkt über die geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550) erreicht – unabhängig von der Art der Hauptdiagnose im Einzelnen (die Hauptdiagnose bestimmt die MDC, der OPS 8-550 die „Geriatrie-DRG“). Als MDC-spezifische, jedoch hauptdiagnoseübergreifende DRG's für Fälle mit geriatrischer Komplexbehandlung sind die in Tabelle 1 aufgeführten DRG's vorgesehen.

**Tab. 1** Vorgesehene Geriatrie-DRG's im G-DRG-System 2004

MDC	Vorgesehene DRG	Vorgesehene Bezeichnung
01	B42C	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Geriatrische Komplexbehandlung
04	E41Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
05	F45Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
06	G51Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
08	I41Z	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Alle fünf DRG's sind der „Anderen“ Partition zugeordnet, nicht der Medizinischen Partition. In der jeweils zugehörigen Entscheidungslogik werden überwiegend zunächst Fälle der Operativen Partition abgearbeitet, dann diejenigen der Anderen Partition und zum Schluss die der Medizinischen Partition. Im Entscheidungsbaum der Anderen Partition wird jeweils entweder im ersten oder im zweiten Schritt das Vorhandensein des OPS 8-550 abgeprüft und daraufhin ggf. in die jeweilige geriatrische DRG verzweigt. Die mittleren Verweildauern der fünf Geriatrie-DRG's werden im Katalogentwurf mit Werten zwischen 21,1 Tagen (E41Z)



und 24,9 Tagen (I41Z) angegeben, die oberen Grenzverweildauern mit Werten zwischen 37 und 41 Tagen. Die Katalogwerte der mittleren Verweildauern liegen dabei sehr nahe an den im Kalkulationsprojekt der Geriatrie derzeit ermittelten arithmetischen Mittelwerten (21,9 resp. 24,2 Tage).

Mit den fünf neuen Geriatrie-DRG's wird sich schlagartig das bislang unübersichtliche und nicht sachgerecht breit gestreute Fallpauschalenspektrum der frührehabilitativen Geriatrie deutlich reduzieren. Die Relativgewichte der fünf Geriatrie-DRG's liegen zwischen 2,135 (B42C, Nervensystem) und 1,900 (F45Z, Kreislaufsystem) und damit im Entwurf des Gesamtkatalogs auf den Rangplätzen zwischen 204 und 238 (unter 788 bewerteten DRG's, d.h. etwa im oberen Viertel der Verteilung). Unter den Fallgruppen nur der Medizinischen und der Anderen Partition liegen die Relativgewichte zwischen den Rangplätzen 24 und 43 (unter 409 bewerteten DRG der beiden Partitionen, d. h. im obersten Dezil der Verteilung). Die größere Sachgerechtigkeit dieser neuen Ausgestaltung zeigt sich darin, dass auch die interne Verlegung zur Komplexbehandlung in der Fachabteilung für Geriatrie zu einer Steigerung des Relativgewichts führen wird: Bei der „Apoplexie mit äußerst schweren CC“ (B70A, RG=1,779) führt die zusätzlich dokumentierte geriatrische Komplexbehandlung in die B42C (RG= 2,135). Auswirkungen der Grenzverweildauern und der zugehörigen Ab- und Zuschlagsgewichte bedürfen noch der genaueren Betrachtung. Dies wird allerdings wesentlich erleichtert durch die Tatsache, dass die neuen G-DRG-Definitionen auf den derzeit gültigen ICD- und OPS-Versionen basieren.

Die hier kurz zusammengefassten Eckpunkte können sicher nur einen ersten Eindruck vermitteln, sie deuten aber auf den ersten Blick doch darauf hin, dass die geriatricspezifischen Anpassungen durchaus geeignet erscheinen, die Situation der frührehabilitativen Geriatrie 2004 im Vergleich zur Situation 2003 wesentlich zu verbessern. Eine eingehendere Analyse der Details des Entwurfs zum neuen Katalog muss jedoch noch erfolgen.

Im Abschnitt 2 des Referentenentwurfs der KFPV 2004 wird in § 6 die Abrechnung von teilstationären Leistungen geregelt. Demnach wäre 2004 die geriatri-

sche Tagesklinik mit krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG abzurechnen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Entgelte bei teilstationärer Anschluss- oder Weiterbehandlung im selben Krankenhaus nicht innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale berechnet werden können. In der konkreten Anwendung würde dies bedeuten, dass beispielsweise die DRG B42C für geriatrische Schlaganfallpatienten, die zunächst vollstationär aufgenommen wurden, alle Kosten bis einschließlich des 40. Tages nach vollstationärer Aufnahme abdeckt, auch wenn eine Verlegung in die Tagesklinik bereits vor dem 40. Tag erfolgen konnte. Das krankenhausesindividuell vereinbarte Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG für teilstationäre geriatrische Behandlung soll in diesem Fall erst ab dem 41. Tag in Rechnung gestellt werden können. So ist jedenfalls der erste Eindruck, den diese Regelungen geben.

Es sind außerdem noch einige fixe, d. h. von den im Katalog ausgewiesenen Grenzverweildauern wohl unabhängige, 30-Tage-Grenzen in der KFPV 2004 verankert, die noch einer näheren Betrachtung insbesondere im Zusammenhang mit den übrigen Abrechnungsregeln und Vorschriften im Allgemeinen sowie der neuen DRG-Systematik im Speziellen bedürfen.

Abschließend sei als ein Ergebnis dieser ersten Durchsicht unterstrichen, dass es der Geriatrie noch vor 2004 gelungen ist, aus den begleitenden Begründungen zu DRG-relevanten Gesetzestexten – siehe beispielsweise FPÄndG – bereits heraus und in die konkreten DRG-Definitionen selbst hinein zu kommen: Sie ist nun im Katalog – und nicht mehr in der Begründung (siehe KFPV 2004). Das war im Hinblick auf 2004 auch tatsächlich dringend erforderlich und genau dafür haben sich die Fachvertretungen der Geriatrie – die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. – gerade in den letzten zwei Jahren in gemeinsamer Anstrengung und mit datengestützten Projekten eingesetzt. Es ist zwar nicht – wie Anfang des Jahres vorgeschlagen – der alle Einzelfälle erfassende „Geriatriekatalog“ geworden, gleichwohl ist aber die im gemeinsamen Vorschlag der Fachvertretungen bis Ende 2006 zur Evalua-

tion vorgeschlagene, durch den OPS 8-550 getriggerte und mehrere Hauptdiagnosen überspannende „frührehabilitative Partitionierung“ im Ansatz durchaus erkennbar.

In den fünf Geriatrie-DRG's werden die frührehabilitativen geriatrischen Patienten nun zunächst ohne weitere Subgruppenbildung zusammengeführt, bleiben dabei jedoch zumeist als Fälle mit spezialisierter geriatrischer Behandlung „unter sich“. Erforderliche weitere Splitkriterien – möglicherweise auch mittels der neuen ICD-Kodes U50 und U51 – ließen sich auf diese Weise voraussichtlich eher identifizieren, als wenn die derzeit vorhandene Durchmischung mit vielen anderen und völlig unterschiedlichen Patientengruppen länger weiterbestehen würde. Definitiv entscheiden wird sich dies mit der endgültigen Fassung Anfang Oktober.



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

Markus Borchelt, Norbert Wrobel und Ludger Pientka  
(DRG-Projektgruppe Geriatrie)

Publiziert in:  
*Z Gerontol Geriat* 36:510-513 (2003)

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 Grundsatz 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 Fallpauschalen- Katalog vergütet werden. Für diese Leistungen sind krankenhausesindividuelle 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 Problembereichen des Referentenentwurfs hatte die gemeinsame DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG am 12.09.2003 kritisch Stellung genommen [3]. Die vorgesehene 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 vorsah, 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 geriatrischen 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 geriatrische Komplexbehandlung jetzt ebenfalls gruppierungsrelevant.
- Für die zweitgrößte Patientengruppe der Geriatrie – Patienten mit Schenkelhalsfraktur – kann die geriatrische 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 geriatrischer Komplexbehandlung auch in anderen Fallgruppen gesondert berücksichtigen – wie z. B. in der ADRG I13 („Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk“), die bei geriatrischen 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 geriatrischen 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 geriatrische Komplexbehandlung zunächst ausreichen, um den befürchteten „Geriatrietourismus“ im noch budgetneutralen Jahr 2004 wirksam vermeiden zu können. Alle DRG's, die mit der geriatrischen 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 geriatrische 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).

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 Dün- 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)

Hierzu ist ergänzend festzuhalten:

- Alle „Kombinations-DRG's“ sind der „operativen Partition“ zugeordnet, während die bereits im Referentenentwurf vorhandenen fünf DRG's für die geriatrische 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 FPKatalog, 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 Map-



ping 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 Geriatrische Komplexbehandlung, 7 bis 13 Tage“ in der Kalkulation 2003 noch nicht gegeben haben, da sich die meisten geriatrischen 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 2004 zunächst nur die OPS-Kodes 8-550.1 und 8-550.2 auf den bisherigen OPS 8-550 abzubilden.

- Soweit erkennbar wurden im Übrigen gegenüber dem Referententwurf des Fallpauschalenkatalogs keine gravierenden Änderungen an den die MDCZugehörigkeit 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 komplexgeriatrisch behandelten Patienten erreichen: Bundesweit liegt im Kalkulationsprojekt der Geriatrie der Anteil insgesamt – d.h. über alle sechs MDC summiert – bei knapp 88% aller OPS 8-550-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 abgeschlossen. 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 krankenhausespezifische 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 Kalkulationsprojekts 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 Katalog 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 tagesklinische 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 Abschläge 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 organisatorisch eigenständig erbracht wird, lässt aufgrund der gleichzeitigen Vermengung mit vollstationär erzielten Erlösen zudem befürchten, dass mit aussagekräftigen, krankenhausesübergreifend vergleichbaren Kalkulationsdaten aus dem teilstationären Bereich zukünftig eher noch weniger als bislang schon gerechnet werden kann.

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 $\geq 14$ 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

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

## Literatur (Download am 17.11.2003)

- [1] <http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2003/Gutachten-Anpassung-G-DRGSystem.pdf>
- [2] [http://drg.uni-muenster.de/de/downloads/literatur/kh4\\_289-292.zip](http://drg.uni-muenster.de/de/downloads/literatur/kh4_289-292.zip)
- [3] [http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/\\_DRG/Problemsynopsis\\_KFPV\\_2004\\_Geriatrie\\_110903s.pdf](http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/_DRG/Problemsynopsis_KFPV_2004_Geriatrie_110903s.pdf)
- [4] [http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/\\_DRG/GeriatrieDRG\\_2004\\_16102003s.pdf](http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/_DRG/GeriatrieDRG_2004_16102003s.pdf)
- [5] [http://www.g-drg.de/ersatzvor2004/drg\\_ersatzvor\\_accept\\_e.htm](http://www.g-drg.de/ersatzvor2004/drg_ersatzvor_accept_e.htm)
- [6] [http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2003/RS256-03\\_Anlage1\\_Stellungnahme\\_KFPV2004.pdf](http://www.dkgev.de/pub/newpdf/pdf-2003/RS256-03_Anlage1_Stellungnahme_KFPV2004.pdf)