

DRG-Projekt der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V.

M. Borchelt, N. Wrobel, L. Pientka

Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Humboldt-Universität Berlin

Zentralkrankenhaus Bremen Nord

Ruhr-Universität Bochum

Projektbeschreibung:

Ermittlung von Relativgewichten und DRG im Fachbereich Geriatrie

Einleitung

Nach den Vorgaben des am 01.01.2000 in Kraft getretenen § 17b KHG wird ein neues Vergütungssystem für voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen die bisherige Entgeltregelung nach § 17 Abs. 2a KHG ab dem 01.01.2003 ablösen. Das künftige Vergütungssystem soll für alle medizinischen Disziplinen, die Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ausgenommen, durchgängig leistungsorientiert und pauschalierend sein und hat bei praktikablem Differenzierungsgrad Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden. Ferner soll es sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientieren.

Das Prinzip der DRG-Zuordnung basiert auf einem Algorithmus, der im Wesentlichen mit Hilfe der Hauptdiagnose und/oder -prozedur zunächst die Basis-DRG ermittelt und dann anhand der Schweregrad differenzierung (Relativgewichte) der Nebendiagnosen (Komplikationen und Komorbiditäten) die abrechenbare DRG bestimmt. Für eine sachgerechte Anwendung wird ein ausgereiftes Regelwerk mit allgemeinen und speziellen Kodierregeln zur Verfügung stehen.

Die AR-DRG zählen wie alle anderen DRG-Systeme zu den eindimensionalen Patientenklassifikationssystemen, die jeder Behandlungsperiode exakt eine DRG-Fallgruppe zuordnen. Trotz der diffe-

renzierten Schweregradabbildung werden vordergründig akutstationäre Behandlungsfälle sämtlicher Fachgebiete trennscharf in die den Behandlungskostenaufwand widerspiegelnde homogene Fallgruppen eingeteilt. Diese können als Vergütungseinheiten in einem pauschalisierenden Entgeltsystem genutzt werden. Die Bildung von Schweregradgruppen unterliegt somit in erster Linie ökonomischen und erst in zweiter Hinsicht medizinischen Gesichtspunkten. Damit ist dieses System sicherlich nicht in der Lage, jeden Einzelfall medizinisch sachgerecht abzubilden.

Bei der vom Gesetz vorgesehenen Anpassung des Systems an deutsche Versorgungsstrukturen, muss die Abbildung von Mehrfachleistungen, Verlegungsfällen und multidisziplinären Behandlungen (und hier insbesondere in der Geriatrie) besonders genau auf ihre Sachgerechtigkeit überprüft werden.

Die Geriatrie im deutschen DRG-System

Anders als in Australien wird in Deutschland die geriatrische akutstationäre Versorgung generell in das DRG System mit aufgenommen. Durch die im Gesetz § 17b ausdrücklich vorgesehenen Anpassungsoptionen an deutsche Verhältnisse besteht grundsätzlicher Ausgestaltungsbedarf für die Geriatrie. Die wesentlichen Probleme, mit denen sich die deutsche Geriatrie auseinandersetzen muß, liegen in zwei wesentlichen Bereichen:

- Im Unterschied zu Australien findet sich ein wesentlich anders strukturiertes geriatrisches Versorgungsangebot, das neben der Beschränkung auf den stationären und teilstationären Bereich zusätzlich noch die Unterscheidung nach formalem Versorgungsauftrag kennt (als Krankenhaus- bzw. Rehabilitationsbehandlung).
- Durch diese innerhalb Deutschlands sehr unterschiedliche Versorgungsstruktur ist es deutlich schwieriger als für andere Disziplinen, national einheitliche DRGs und Vergütungsformen zu definieren, die den derzeitigen Versorgungsstrukturen gerecht werden.

Hinzu kommt noch das Problem, daß aufgrund fehlender anerkannter Qualitätsstandards und häufig wenig sachrationaler Zuweisungs- oder Verlegungspraktiken die Zusammensetzung der Patienten in den verschiedenen Geriatrien auch unabhängig vom formalen Versorgungsauftrag sehr unterschiedlich ist. Die fehlenden Schnittstellendefinitionen zwischen anderen Akutabteilungen einerseits und dem Rehabilitations-Bereich andererseits lassen befürchten, daß eine nicht von geriatrischer Seite begleitete Einführung der DRGs für geriatrische Patienten zu erheblichen Qualitätseinbußen in der Versorgung führen kann. Die in allen Ländern empirisch nachweisbare erhöhte Zuweisung in Alten- und

Pflegeheimen nach Einführung von DRGs und die zu beobachtende Risikoselektion („Rosinenpickerei“) nicht-geriatrischer Fachabteilungen läßt die Befürchtung legitim erscheinen, daß ohne Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse älterer Patienten zusätzliche Qualitätseinbußen zu erwarten sind. Dabei muß strikt darauf hingewiesen werden, daß hiermit nicht einer globalen und pauschalen Bestandssicherung der Geriatrie aus Partikularinteressen das Wort geredet wird. Tragender Gedanke muß eine Nachweispflicht der Geriatrie sein, daß ihre Leistungen auch im Vergleich zu anderen Disziplinen nachweisbar effektiv und effizient sind. Die Geriatrie sieht sich bei der Einführung mit dem Problem konfrontiert, nach einem Vergütungssystem beurteilt zu werden, daß mehr an Einzeldiagnosen und Invasivität von Maßnahmen als nach dem Ergebnis eines komplexen und häufig nachgeordneten Behandlungsmanagements von überwiegend multimorbiden Patienten ausgerichtet ist.

Die problematische Ausrichtung des Systems an Organerkrankungen und nicht an funktionellen Defiziten wird durch die alleinige Klassifikation nach ICD ohne Korrektur durch Teilbereiche der ICDH besonders deutlich und noch dadurch verschärft, daß die Geriatrie als konservativ nachbehandelndes Fach keinen Zugriff auf die Verschlüsselung der akuten Krankheitsursache hat. Dem häufig zu findenden Argument, daß sich geriatrische Patienten durch optimale Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen identifizieren lassen, steht keine empirische Basis gegenüber. Erste Erfahrungen zeigen bereits, daß sich der Behandlungsaufwand von multimorbiden Patienten anhand der Diagnosen und Prozeduren nicht ausreichend abbilden läßt und die Gefahr besteht, daß die (möglicherweise) entstehende Konkurrenz zwischen den einzelnen Fachabteilungen aufgrund dieser Entwicklung nicht nach Qualitäts Gesichtspunkten, sondern nach betriebswirtschaftlichen oder anderen patientenfremden Entscheidungskriterien gestaltet wird.

Da die gesetzlich verankerte Qualitätssicherung auf absehbare Zeit nicht in der Lage sein wird, von der Ergebnisqualität her Korrekturen der Folgen des Vergütungssystems vorzunehmen, sollte zum jetzigen Zeitpunkt der Versuch unternommen werden, anhand konkreter Zahlen den Entscheidungsprozeß zu begleiten.

Beschreibung des Projektvorhabens

Die Parteien der Selbstverwaltung haben sich in der am 27.6.2000 getroffenen Vereinbarung darüber verständigt, die Kalkulation der Relativgewichte der Fallgruppen auf der Basis deutscher Daten vorzunehmen. Patienten bzw. modul- und kostenartenbezogene Daten sind dabei auf der Grundlage eines Ist-Kosten-Ansatzes zu erheben. Die DRG-relevanten Kosten werden unter Berücksichtigung

sämtlicher DRG-relevanten Leistungen vollständig auf die DRG-relevanten Fälle verteilt (100%-Ansatz). Um eine einheitliche und transparente Kalkulationsmethodik in den am Kalkulationsverfahren beteiligten Krankenhäusern zu garantieren, wurde vereinbart, ein verbindliches Kalkulationsschema vorzugeben. Ziel des Kalkulationsschemas ist die Ermittlung fallbezogener Behandlungskosten. Die Grundlage der Kalkulation bilden die in den Krankenhäusern vorliegenden Leistungs- und Kostendaten, die den DRG-Definitionen gemäß aufgearbeitet werden müssen.

Es ist anzunehmen, dass bei der Zusammenstellung einer repräsentativen Stichprobe von Krankenhäusern der geriatrische Fachbereich nicht, zumindest aber nicht repräsentativ vertreten ist.

Auf diese Art lassen sich für den geriatrischen Fachbereich keine Relativgewichte kalkulieren. Damit besteht ordnungspolitischer Handlungsbedarf: die Stichprobe bildet unter diesen Umständen nicht die Patienten- und Versorgungsvielfalt Deutschlands, und insbesondere die der Geriatrie, ab. Gleichzeitig steht aufgrund der Bevölkerungsentwicklung zu erwarten, daß zukünftig der Bedarf an geriatrischen Leistungen eher weiter ansteigen wird.

Mit Datum vom 03.04.2001 hat die KPMG ein Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten (Version 1.0) vorgestellt. Nach Absprache zwischen DKG und den GKV-Spitzenverbänden sowie dem PKV-Verband ist das genaue Prozedere für einen Methoden-Pretest zur Vorbereitung der Fallkosten in einem deutschen DRG-System vorgestellt werden. Dabei wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß in diesem Projekt keine Relativgewichte definiert werden sollen. Dafür sollen vor allem methodische Probleme wie z.B.

- Probleme der Kalkulationsmethodik
- Probleme der Datenvalidierung
- Probleme der Datenzusammenstellung

im Vordergrund stehen. Die Auswahlkriterien für die einzubeziehenden Krankenhäuser lassen es als sehr unwahrscheinlich erscheinen, daß die bereits genannten spezifischen Probleme der Geriatrie sachadäquat berücksichtigt werden.

Aus den oben skizzierten Gründen haben sich die drei wesentlichen geriatrischen Fachorganisationen

- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Klinische Geriatrie (BAG)

entschieden, eine Arbeitsgruppe DRG (AG DRG & Geriatrie) einzurichten, die im Auftrag der genannten Institutionen federführend für die Geriatrie bei der Begleitung der Einführung von DRGs in Deutschland arbeitet.

Bedingt durch den zeitlich äußerst eng gesteckten Einführungsfahrplan hat sich ihre Arbeit bisher darauf beschränkt, eine Option im Klassifikationssystem für eine Geriatriekennzeichnung zu sichern. Dieser Marker ist im OPS 301-Katalog als Prozedur 8-550 implementiert.

Nach einer Reihe von Diskussionen mit allen wesentlichen Entscheidungsträgern und reiflicher Überlegung ist die AG DRG & GERIATRIE zu der Entscheidung gekommen, daß nach dem jetzt vorliegenden „Fahrplan“ und „Drehbuch“ der Einführung der DRG es mehr als fraglich erscheint, die folgenden Probleme sachadäquat und qualitätsorientiert zu lösen:

- Identifikation von geriatrischen Patienten im Akutbereich
- Ergebnisorientierte Zuweisungs- und Verlegungspraxis
- Definition der Schnittstelle von Akutmedizin und Rehabilitation (v.a. für geriatrische Patienten)

Vor allem der letzte Punkt ist derzeit völlig ungeklärt. Aus diesen Gründen schlagen wir vor, auf der Grundlage des derzeitigen Kenntnisstandes und unter Berücksichtigung der Methodik der laufenden Vorbereitungen zur Einführung der DRG eine empirische Untersuchung durchzuführen, die folgende Ziele verfolgen soll:

- Repräsentative Ermittlung der spezifischen Charakteristika geriatrischer Krankenhaus-Patienten
- Repräsentative Ermittlung des Ressourceneinsatzes für diese Patienten
- Repräsentative Ermittlung der jetzigen Fallkosten für geriatrische Krankenhaus-Patienten
- Vergleich der tatsächlichen Fallkosten mit den entsprechenden DRG-Vergütungen
- Erarbeitung von Vorschlägen zur Ergänzung oder Korrektur der vorliegenden
 - Kodieranleitungen
 - Relativgewichte
 - Prozeduren
 - Gruppierungsalgorithmen
- Pragmatische Definition von Kriterien für die Schnittstellen zu
 - Anderen Akutabteilungen im Krankenhauswesen
 - Rehabilitationseinrichtungen

Methodik:

3. Auswahl von Kliniken

Anhand der vorliegenden Daten werden konkrete Kriterien für die Auswahl einzubeziehender Kliniken definiert. Dazu gehören Einschlusskriterien wie z.B.

- Versorgungsauftrag nach §108/109 SGB V (voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung)
- Strukturqualität nach BAG-Kriterien
- Vorhalten vollständiger EDV-Daten für jeden Behandlungsfall.

Für zusätzliche Subgruppenanalysen sind weitere Differenzierungen vorzusehen, z.B.

- Anteil Direktaufnahmen vs. Anteil Weiterbehandlung nach Verlegung
- Differenzierung nach Hauptdiagnoseprofil
- Städtische vs. ländliche Versorgungsregion
- Fachabteilung vs. Fachkrankenhaus

Die ersten Kontaktaufnahmen haben gezeigt, daß auf seiten der geriatrischen Krankenhäuser und Krankenhausabteilungen sehr großes Interesse an diesem Projekt besteht und insofern eine ausreichend große Zahl von Kooperationspartnern vorhanden ist. Da aus biometrischer Sicht keine konkrete Fallzahl zu berechnen ist, gehen wir davon aus, daß ca. 10 Krankenhäuser zu beteiligen sind.

4. Fallzahl

Für einen Zeitraum von 3 Monaten sollen konsekutiv **alle** zur Aufnahme kommenden Patienten in die Erhebung eingeschlossen werden. Nur so ist eine repräsentative Auswertung zu gewährleisten. Je nach Bettengröße der zu beteiligenden Kliniken kann insgesamt mit ca. 1.500-2.000 Patienten gerechnet werden.

5. Erhebungsmethodik

Aufsetzend auf Entwicklungen und Erfahrungen in bereits durchgeführten oder laufenden Untersuchungen (GERASS, 1995; AGAST, 1995; BAG, 2000; Gemidas, 1999) sollen folgende arbeits-technische und wissenschaftliche Verfahren eingesetzt werden:

- Entwicklung eines Studienprotokolls

- Zusammenstellung des Erhebungsinstrumentariums und Entwicklung der EDV-Unterstützung für die Bereiche
 - Routinestammdaten (Patientencharakteristika, Hauptdiagnosen)
 - Assessment-Daten einschließlich Komorbidität (Nebendiagnosen)
 - Personeller Ressourcenverbrauch (Prozeduren)
 - Allgemeine Krankenhausdaten (BAG-Fragebogen)
 - Verlaufsdaten der Patienten (Verweildauer, Herkunfts- und Entlassort)
- Schulung der Krankenhäuser
- Datenerhebung mit begleitender Qualitätskontrolle
- Datenauswertung
- Projektbericht mit konkreten Stellungnahmen zu den skizzierten Problemen

6. Projektlaufzeit

Der enge Zeitrahmen des Projekts wird bedingt durch den existierenden Fahrplan zur Einführung der DRG's. Nach den Erfahrungen in anderen Projekten kann davon ausgegangen werden, dass eine Laufzeit von insgesamt 10-12 Monaten für eine erfolgreiche Durchführung ausreichend sein wird, insbesondere aufgrund der Nutzung vorhandener Organisationsstrukturen der beteiligten Einrichtungen. Der Zeitplan gliedert sich in

- 3 Monate Vorbereitung (Nov. 2001 bis Jan. 2002)
- 2 Monate Pretest (Jan. 2002 bis Feb. 2002)
- 3 Monate Erhebung (April 2002 bis Juni 2002)
- 2-4 Monate Datenauswertung

7. Projektorganisation

Federführendes Projektteam:

Dr. Borchelt, Berlin

Dr. Wrobel, Bremen

Prof. Dr. Pientka, Bochum

Prof. Dr. Steinhagen-Thiessen, Berlin