

Prof. Dr. Norbert Wrobel/Dr. Markus Borchelt/Prof. Dr. Ludger Pientka

DRGs und Geriatrie im Land Bremen: Update 2006

Die Geriatrie ist auf dem besten Weg, ihre Leistungen im G-DRG-System adäquat im Hinblick auf eine sachgerechte Vergütung abzubilden. Somit kann das Ziel, den für eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung notwendigen Budgetanteil am Ende der Konvergenz zu sichern, erreicht werden. Nachdem klassifikatorisch mittels ICD der geriatrische Behandlungsfall definiert und prozedural ein adäquater Leistungsumfang unter definierten Qualitätsaspekten festgelegt worden ist, steht die kalkulatorische Bewertung nunmehr ganz im Mittelpunkt. Analog der sachgerecht kalkulierten chirurgisch-geriatrischen Kombinationsleistung in der MDC 6 und der MDC 8 muss das MDC-Spektrum für geriatrische Behandlungsfälle signifikant durch eine breitere Teilnahme am InEK-Kalkulationsverfahren erweitert werden.

Unmittelbar nach der Festlegung zur Einführung eines deutschen DRG-Entgeltsystems hat der Fachbereich Geriatrie umfangreiche Maßnahmen zur Abbildung der spezifisch geriatrischen Behandlungsleistungen und damit zur Sicherung seines DRG-Budgetanteils ergriffen. Hierzu zählt insbesondere die sozialrechtliche Absicherung des fachspezifischen Leistungsspektrums vor dem Hintergrund differierender Geriatriepläne der Bundesländer; ebenso gehören DRG-systemkonforme Fall- und Leistungsdefinitionen mit Fallkosten- und Abrechnungssimulationen sowie begleitend Struktur- und Organisationsweiterentwicklungen unter qualitätssichernden Aspekten dazu.

Sozialrechtliche Einordnung

Einem Nord-Süd-Gefälle entsprechend werden die spezifischen Geriatrieleistungen im Wesentlichen nach § 107 in Verbindung mit § 39 SGB V entweder als Krankenhausleistung oder nach § 111 in Verbindung mit § 40 SGB V als Medizinische Rehabilitation erbracht (siehe Abbildung 1). Nach dem

Abbildung 1: § 107 SGB V (§ 39 bzw. § 40) in den Bundesländern

Versorgung in Krankenhäusern § 107 (§ 39) SGB V

Berlin, Brandenburg,
Bremen, Hamburg, Hessen,
Nordrhein-Westfalen,
Sachsen, Sachsen-Anhalt,
Schleswig-Holstein, Thüringen

„Gemischte“ Versorgung in Krankenhäusern bzw. Rehabilitationseinrichtungen § 107 (§ 39, § 40) SGB V

Niedersachsen, Saarland

Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen § 107 (§ 40) SGB V

Baden-Württemberg, Bayern,
Rheinland-Pfalz,
Mecklenburg-Vorpommern

vom Fachbereich erarbeiteten Papier zur Abgrenzung geriatrischer Leistungsbereiche untereinander und zugleich gegenüber unmittelbar angrenzenden Leistungsbereichen anderer Fachgebiete (1) sind nun frührehabilitative Leistungen in den Geriatrien Bremens fest etabliert. Die Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) zur Frührehabilitation 10/2004 gegenüber den Verbänden und medizinischen Fachgesellschaften (2) bestätigt diesen Sachverhalt als vollständig kompatibel mit § 17 b KHG. Auch die Bremische Krankenhausgesellschaft (HBKG) ist dieser Linie mit einem entsprechenden Kommentar (3) gefolgt.

■ DRG Fallkosten- und Abrechnungssimulation

Die Pflege der ICD-klassifikatorischen Definition des geriatrischen Behandlungsfalles erfolgte regelmäßig und bisher erfolgreich über das DIMDI-Vorschlagsverfahren. Weitere Präzisierungen sind auch aus einem vom BMG geförderten Benchmark-Projekt „GEMIDAS QM“ (4) zu erwarten. Wie aus dem aktuellen Roeder-Gutachten im Auftrag der DKG (5) hervorgeht, entwickelt sich das G-DRG-System zunehmend vom vorrangigen Diagnosebezug zu einem prozedural orientierten Fallgruppensystem. Nur wenn das im Rahmen dieses Preissystems zu bewertende „Produkt“ genau genug beschrieben ist, darf auch ein fairer produktbezogener Preis erwartet werden. Mit der konsequenten Pflege der für die Geriatrie abrechnungsrelevanten Prozedur der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) und der mittels ICD klassifikatorisch weiterentwickelten Behandlungsfalldefinition verfolgt die vom Fachbereich eingesetzte DRG-Projektgruppe (6) vorrangig das Ziel, durch systemkonforme Simulationen die Leistungsaufwendungen in der geriatrischen Behandlung sachgerecht abzubilden. In dem an die Deutschen Kodierrichtlinien 2005 eng adaptierten „Kodierleitfaden Geriatrie“ (7) wird die ICD- und OPS-relevante Fall- und Leistungsdefinition zusammengefasst. Mit dessen konsequenter Anwendung im Fachbereich wird gleichzeitig die bestmögliche Kodierqualität und damit auch Abrechenbarkeit erreicht.

■ Qualitätsmanagement

Um nach sachgerechten Gesichtspunkten spezifische Behandlungsleistungen korrekt vergüten zu können, muss zwischen den Aspekten Qualität und Kosten geschickt ausbalanciert werden. Die Qualität zu erhalten bzw. zu verbessern erfolgt meist parallel zu Bemühungen, Kosten durch betriebswirtschaftliche Maßnahmen und/oder durch Prozessoptimierung zu senken. Mit dem Erwerb von Zertifikaten, zum Beispiel nach KTQ® (8) oder DIN EN ISO 9000, wird direkt auf die Prozessoptimierung innerhalb des Krankenhauses fokussiert. Fachspezifisch besteht

zudem die Möglichkeit der Standardisierung von Behandlungsabläufen (Clinical pathways). Idealerweise etabliert der Fachbereich ein „Center of Excellence“.

DRG – Geriatrieweiterentwicklung im Land Bremen

Die Geriatrien Bremens haben sich seit 1995 strukturell und organisatorisch vergleichbar entwickelt. Dieser Vorgang wurde universitär begleitet und evaluiert. Bereits vor der Festlegung auf das neue DRG-Vergütungssystem wurden insbesondere in der Geriatrie des Klinikums Bremen-Nord (GER-KBN) die Behandlungsabläufe standardisiert, ständig optimiert und vom Qualitätsmanagement des Hauses evaluiert. Die externe Qualitätssicherung erfolgte durch Implementierung des Geriatriischen Minimum Data Sets „GEMIDAS“ (9), das von der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (10) vorgehalten wird. Dort sind zurzeit mehr als 179 Träger geriatrischer Kliniken und Abteilungen zusammengeschlossen. Aufgrund eines Mangels an repräsentativen Daten zur Ergebnisqualität wird kontinuierlich auf der Grundlage von standardisierten, validierten und reliablen Assessmentinstrumenten ein gemeinsamer Referenzdatensatz in der täglichen Routine erhoben und quartalsweise sowie jährlich ausgewertet. Im Rahmen der DRG-Behandlungsfalldefinition und zur Entwicklung von „Best Practice-Ansätzen“ im Sinne von Mini-Behandlungspfaden ist GER-KBN zusätzlich im Benchmarking-Modellprojekt „GEMIDAS QM“ (4) vertreten, das vom BMG seit 2003 im Rahmen des Modellprogramms zur medizinischen Qualitätssicherung gefördert wird.

Die DRG-Systementwicklung wurde von Anfang an durch GER-KBN begleitet und maßgeblich auch mitgestaltet (unter anderem Prozedurentwicklung 8-550) (11,12). Im Rahmen der KTQ-Zertifizierung wurden die Prozesse von GER-KBN besonders gewürdigt (13). Als einer der ersten Geriatrien Deutschlands wurde GER-KBN das „Gütesiegel Geriatrie“ (14) verliehen, das insbesondere auf die Strukturqualität fokussiert, aber auch die Prozess- und Ergebnisqualität bewertet. GER-KBN konnte 2005 den Nachweis erbringen, durch Prozessoptimierung weitere Kosten zu senken und gleichzeitig die Qualität zu halten bzw. noch zu verbessern.

Das InEK hat in seinem Abschlussbericht 2006 explizit ausgeführt, dass im Rahmen der Kostenkalkulation für die geriatrische Komplexbehandlung vergeblich versucht worden ist, auch innerhalb anderer MDC analog zu den chirurgisch-geriatrischen Kombinationsleistungen in den MDC 6 (Verdauungsorgane) und MDC 8 (Bewegungsapparat) zu kalkulieren (15). Die Kostenkalkulation scheiterte im Wesentlichen daran, dass es zu wenige Kalkulationsfälle gab. GER-KBN als Fachabteilung eines Krankenhauses der Schwerpunktversorgung repräsentiert ein zertifiziertes „Center of Excellence“ und wäre damit genau der Prototyp einer Einrichtung, deren Fälle der InEK-Kalkulation explizit Gewicht verleihen würden.

Ausblick

In den Häusern der Schwerpunkt- oder Maximalversorgung werden während eines Behandlungsganges fachab-

teilungsgebundene spezialisierte Leistungen und insbesondere Leistungskombinationen durch die verschiedenen Fachabteilungen erbracht. Aufgrund von derzeitigen Erlösverzerrungen für große Teile des MDC-Spektrums, die durch hausinterne Behandlungsgänge entstehen, müssen sich solche Häuser mit einem spezifisch geriatrischen Leistungsangebot verstärkt darum bemühen, sich an der Kostenkalkulation zu beteiligen. Nur so kann das Ziel, den für eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung notwendigen Budgetanteil am Ende der Konvergenz zu sichern, erreicht werden.

Literatur/Linkliste

- 1) Abgrenzungskriterien Geriatrie
http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf
- 2) Tuschen (BMG), Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation (2004)
<http://www.dkgev.de/pdf/556.pdf>
- 3) HBKG Kommentar Frührehabilitation im Rahmen der Krankenhausbehandlung
AZ: 2012 Sch/Ha vom 4. Februar 2005
- 4) GEMIDAS QM®
<http://www.gemidas-qm.de/>
- 5) DKG Roeder Gutachten (2005)
<http://www.dkgev.de>
- 6) DRG Projektgruppe homepage (© 2002-2005)
<http://www.geriatrie-drg.de/>
- 7) Kodierleitfaden Geriatrie (2005)
<http://www.geriatrie-drg.de/News/050816.html>
- 8) KTQ® homepage
<http://www.ktq.de/>
- 9) GEMIDAS® homepage
<http://www.gemidas.de/>
- 10) BAG® homepage
<http://www.bag-geriatrie.de/>
- 11) Wrobel N, Pientka L. (2001). AR-DRG Auswirkungen auf die Geriatrie in Deutschland.
Z Gerontol Geriatr 34(3):176-182 (2001)
- 12) DRG Positionspapier (2002)
<http://www.bag-geriatrie.de>
- 13) KTQ-Pressemitteilung Senator für Gesundheit Bremen (11. Juni 2004)
Google™ Suche: Gütesiegel Klinikum Bremen-Nord
- 14) BAG-Mitteilung zur Verleihung des Gütesiegels
<http://www.bag-geriatrie.de/presse/20060126.pdf>
- 15) InEK Abschlussbericht 2006
<http://www.g-drg.de/service/download>

Anschriften der Verfasser:

Prof. Dr. med. Norbert Wrobel, Klinikum Bremen Nord der Gesundheit Nord gGmbH,
Medizinische Geriatrie und Rehabilitation, Hammersbeckerstraße 228, 28755 Bremen, Human- und Gesundheitswissenschaften der Universität Bremen/
Dr. med. Markus Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am Evangelischen Geriatriezentrum Berlin, Charité – Campus Virchow-Klinikum, Reinickendorfer Straße 61, 13347 Berlin, Leiter des Kompetenzzentrums DRG und Geriatrie am EGZB, Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie/
Univ.-Prof. Dr. med. Ludger Pientka, Marienhospital Herne, Höllkeskampring 40, 44625 Herne, Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation, Klinikum der Ruhr-Universität Bochum, Sprecher der Clearingstelle DRG und Versorgungsforschung NRW ■