

Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation -immer ausfüllen/beifügen- (Stand: 31.03.2003)

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG KGE), Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Diese wird als Ansprechpartner vertreten durch (Titel, Name, Vorname)

Dr. med. Markus Borchelt

Abteilung / Bereich

DRG-Projekt der BAG, DGGG und DGG

Straße

c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553933

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2003

Unterschrift (entfällt bei Versand per E-Mail)

Bitte denken Sie daran, das Formblatt Problembeschreibung und ggf. ein entsprechendes Detailformblatt beizufügen.

Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Eine detaillierte datengestützte Problemanalyse und -beschreibung liegt dem Vorschlag in der Anlage bei. Zusammenfassend lassen sich folgende Kernpunkte abgrenzen:

1. Die mit relevanten Zusatzkosten verbundene Leistung der frührehabilitativen Geriatrie (OPS 8-550) wird im DRG-System nicht abgebildet (Prozedur nicht gruppierungsrelevant)
2. Die DRG-Logik berücksichtigt bei der Gruppierung die aufwandsrelevanten organmedizinischen und funktionellen Besonderheiten geriatrischer Patienten nicht ausreichend (Selbsthilfefähigkeit, Kognition, geriatrietypische Multimorbidität)
3. Aufgrund noch fehlender spezifischer Kriterien werden geriatrische Patienten nicht sachgerecht einer unübersichtlichen Vielzahl verschiedener DRG zugeordnet
4. Geriatrische Patienten unterscheiden sich zumeist erheblich von den Gruppen, denen sie derzeit zugeordnet werden (Alter, PCCL, Verweildauer; vgl. nachstehende Synopsis)
5. Geeignete geriatrische Fallgruppen für vollstationär behandelte Patienten stehen im DRG-System noch nicht zur Verfügung
6. Teilstationär behandelte geriatrische Patienten können mit dem DRG-System nicht abgebildet werden.
7. Aufgrund der fehlenden Abrechnungsrelevanz des OPS 8-550 wird es in den betroffenen Krankenhäusern zunehmend zu Budgetumverteilungen kommen. Bei einer Perpetuierung der Situation über 2003 hinaus droht dies an Dynamik noch zu gewinnen und die bestehenden geriatrischen Versorgungsstrukturen frühzeitig ernsthaft zu gefährden.

Synopsis der 20 häufigsten DRGs in der frührehabilitativen Geriatrie: Definition, Geriatriedaten und Diskrepanzen zum G-DRG V1.0 Projektbericht

1	DRG-Definition			Stichproben			Häufigkeiten in der Geriatrie			Abweichung gegenüber G-DRG 1.0				Details	Anlage	
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
3	DRG	Bezeichnung	Alters-split	PCCL-Bereich	Anzahl VSG	Fallzahl Geriatrie	Fallzahl G-DRG 1.0	Anteil Alter>74	Anteil PCCL=4	Anteil Überlieger	Alters-Exzess	PCCL-4 Exzess	MVD-Differenz	Überlieger-Exzess	Verweis: Seite(n)	DRG-Profil (BAG)
4	B70A	Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	N	0-4	17	1.003	2.389	71,5%	70,5%	36,2%	1,08	1,43	10,22	2,75	29	J
5	B70B	Apoplexie mit anderen CC	N	2-4	17	563	3.036	63,6%	17,1%	35,2%	1,26	1,94	8,26	5,04	29	J
6	B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	13	522	216	77,8%	56,3%	38,9%	2,30	1,99	10,80	2,63	29	J
7	I62A	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC	N	4	17	458	214	86,9%		22,7%	1,05		6,68	1,13	33	J
8	I62B	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC	N	3	17	426	282	85,0%		23,2%	1,11		7,09	1,46	33	J
9	I75A	Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk, Alter > 64 Jahre mit CC	>64	2-4	16	329	534	82,1%	43,8%	44,1%	1,17	2,23	11,67	3,57	36	J
10	I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen/Verletzungen im WS-Bereich ohne Schmerztherapie/Myelographie, Alter < 75 J. mit CC oder Alter > 74 J.	< > 75	0-4	17	316	2.640	84,8%	27,9%	34,8%	1,57	4,40	10,68	3,20	15ff	J
11	B67A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	17	279	766	72,0%	64,9%	32,6%	1,54	2,03	7,76	1,58	28	J
12	I62C	Frakturen an Becken und Schenkelhals ohne äußerst schwere oder schwere CC	N	0-2	16	278	768	82,0%		29,9%	1,42		8,99	2,03	33	
13	F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	N	4	17	233	2.018	83,7%		26,2%	1,19		5,98	2,26	31	
14	B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	N	0-4	17	223	888	75,3%	44,8%	31,4%	1,21	1,94	8,27	2,14	28	
15	F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	N	0-3	15	179	5.510	82,1%		23,5%	1,33		7,37	4,35	31	
16	F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	13	140	1.239	55,7%	60,0%	49,3%	1,25	1,94	13,12	3,84	32	J
17	I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	>74	3-4	15	138	284		46,4%	26,1%		1,76	10,50	2,18	33	J
18	E62A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	N	4	15	133	1.941	76,7%		27,1%	1,20		4,58	2,41	30	
19	I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit CC	N	2-4	8	127	316	66,9%	77,2%	52,0%	2,49	2,77	14,40	2,74	32	J
20	I71A	Muskel- und Sehnenkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC	>69	2-4	5	111	60	80,2%	60,4%	50,5%	1,02	3,02	11,96	5,05	34	J
21	G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	16	107	2.218	79,4%	73,8%	58,9%	3,37	2,55	13,30	6,31	32	J
22	B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne äußerst schwere oder schwere CC	N	0-2	10	103	817	75,7%		50,5%	8,60		12,24	7,11	30	J
23	B70C	Apoplexie ohne andere CC	N	0-1	14	83	2.144	59,0%		28,9%	1,57		7,67	4,84	29	
24	Gesamt Top-20				17	5.751	28.280	74,5%	34,8%	34,3%						
25						61%	12%									
26	Übrige Fallgruppen (22 verschiedene MDC)				17	3.660	202.914	60,1%	45,6%	29,3%						
						165 Basis-DRG's										

Erläuterungen: s. nächste Seite

Datenbasis: GEMIDAS/DRG-Projekt der BAG, 2002

Erläuterungen zur Synopsis

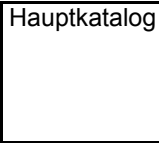

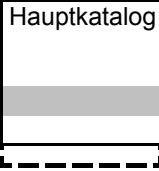
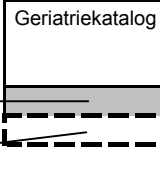
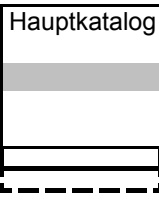
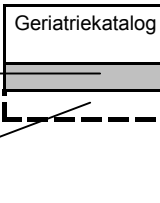
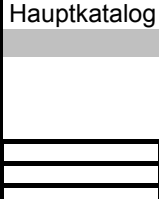
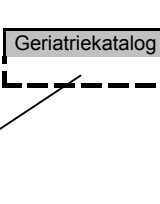
Spalte	Erläuterung
1-2	DRG-Kürzel und Bezeichnung nach G-DRG V1.0
3	Verwendung des Alters als Splittkriterium in der DRG-Definition (N = Nein)
4	Mögliche PCCL-Werte in der Fallgruppe nach DRG-Definition
5	Anzahl Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Geriatrie, die in der BAG-Stichprobe vollstationäre Fälle zur DRG beigetragen haben ("vollstationäre Geriatrien", VSG)
6	Gesamtfallzahl der DRG in der BAG-Stichprobe; markiert sind Zellen mit Fallzahlen > Erstkalkulationsfallzahl (Spalte 7)
7	Gesamtfallzahl der DRG in der Erstkalkulationsstichprobe
8	Anteil Patienten mit Alter > 74 Jahre (BAG-Stichprobe)
9	Anteil Patienten mit PCCL = 4 (BAG-Stichprobe)
10	Anteil Patienten mit Verweildauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer ("Überlieger"; BAG-Stichprobe)
11,12,14	<p>Verhältniszahlen: Relative Häufigkeit zugehöriger Fälle in der Geriatriestichprobe dividiert durch die entsprechende Kennzahl der DRG in der Erstkalkulationsstichprobe (Projektbericht)</p> <p>Beispiele:</p> <p>Zeile 4, Spalte 11: Alters-Exzess = $0,715 / 0,659 = 1,08$</p> <p>Zeile 10, Spalte 12: PCCL-4-Exzess = $0,279 / 0,063 = 4,40$</p> <p>Zeile 9, Spalte 13: Überlieger-Exzess = $0,441 / 0,1236 = 3,57$</p> <p>Markiert sind Zellen mit besonders auffälliger Abweichung:</p> <p>Alters-Exzess: > 1,50</p> <p>PCCL-4 Exzess: > 2,00</p> <p>Überlieger-Exzess: > 2,50</p>
13	Differenz aus der mittleren geometrischen Verweildauer in der Geriatriestichprobe und dem entsprechenden Wert in der Erstkalkulationsstichprobe; markiert sind Zellen mit einer Differenz von über 10 Tagen
15	Verweis auf detaillierten Kommentar zur Fallgruppe im Bericht der DRG-Projektgruppe der BAG, DGGG und DGG: Borchelt, Wrobel & Pientka (2003): "Problemanalyse und Lösungsvorschlag zur Abbildung der frührehabilitativen Geriatrie im G-DRG-System ab 2004" (Seitenangabe)
16	Verweis auf DRG-Profil der Fallgruppe nach Muster der DRG-Research Group Münster in der Anlage

Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung

Lösungsvorschläge (Wir weisen darauf hin, dass der vorgebrachte Lösungsvorschlag keine präjudizierende Wirkung hat.)

Ausgehend von der datengestützten Problemanalyse wird ein differenziertes Lösungsmodell vorgeschlagen (Details s. Anlage), das nachstehend zusammengefasst wird:

1. Die zur sachgerechten Abbildung geriatrischer Patienten notwendigen Anpassungen des DRG-Systems benötigen einen mittelfristigen Zeithorizont mit abgestuften Verfahren und spezifischen Analysen
2. Die geriatrische Behandlungsleistung ist differenzierter als bisher zu erfassen (vgl. OPS-Anpassungsvorschläge in der Anlage) bei sichergestellter Abwärtskompatibilität
3. Die Fallgruppen der frührehabilitativ behandelten geriatrischen Patienten müssen zunächst unabhängig von den übrigen Fallgruppen bewertet werden (abrechnungstechnische Ausgliederung im Sinne eines Geriatriekatalogs)
4. Gezielte vergleichende Analysen dieser Fallgruppen (Gruppierungsmerkmale, Verweildauer, Fallkosten) müssen jährlich vorgenommen werden, um schrittweise geriatrisch sachgerechte DRG's entwickeln zu können
5. Vollständig systemkonform und synchron zum vorgesehenen Einführungszeitplan kann dies bis 2007 nur über einen Interimskatalog mit geriatrispezifischen Bewertungsrelationen und Verweildauerereckdaten erreicht werden
6. Für 2004 können dem Interimskatalog die gemäß § 21 KHEntgG übermittelten DRG-Daten der geriatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen (FAB-Kennzeichen 0200 bzw. 0102) aus dem Jahr 2002 zugrunde gelegt werden; Fälle mit einer hinsichtlich Mindestverweildauer korrekt dokumentierten Prozedur OPS 8-550 können zur näherungsweisen Kalkulation der Bewertungsrelationen mittels Verweildaueranalysen herangezogen werden, die in den kostenbasierten Folgekalkulationen dann systematisch verifiziert bzw. falsifiziert werden können (vgl. nachstehende Abb. "Problemlösungsmodell")
7. Der Geriatriekatalog ist ansonsten vollständig definitionsidentisch mit dem Hauptkatalog (enthält selbst keine Systemanpassungen), sodass als unproblematisch identifizierte Fallgruppen jederzeit aufwandslos in den Hauptkatalog reintegriert werden können
8. Die Anwendung des Katalogs muss spezialisierten Einrichtungen mit nachweislicher Personalqualifizierung und zertifiziertem Strukturstandard vorbehalten bleiben, um Fehlabbrechnungen und damit Fehlallokationen finanzieller Ressourcen wirksam zu vermeiden; die für 2002 gültigen Mindestkriterien des OPS 8-550 wären 2004 als maßgeblich für die Anwendung des Katalogs zu definieren
9. Ohne einen bereits 2004 wirksamen abrechnungsrelevanten Lösungsansatz für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung muss aufgrund der einsetzenden Budgetumverteilungen mit ernsthaften Verwerfungen in den vorgehaltenen besonderen Versorgungsstrukturen zur Behandlung schwerkranker älterer Menschen gerechnet werden. Alternativ zu einer systemkonformen Lösung käme daher nur eine frühzeitige und definitive Entscheidung, die spezifische geriatrische Behandlungsleistung über ein Zusatzentgelt zu vergüten, in Betracht
10. Geriatrische Tageskliniken sind vom DRG-System ganz auszunehmen, da teilstationär behandelte Patienten auf absehbare Zeit nicht sinnvoll fallpauschaliert vergütet werden können und abrechnungstechnisch derzeit auch völlig uneinheitlich gehandhabt werden. Eine solide Grundlage für eine sachgerechte Kalkulation ist damit auf absehbare Zeit nicht erkennbar.

Kalkulation	Mainstream	Problembereich	Datenbasierte Entscheidungen	Anwendung																		
2003			- Angenäherte Fallgewichte für Geriatriskatalog mittels VD-Analysen; - ansonsten definitionsidentisch mit Hauptkatalog	2004																		
2004			<u>1. Anpassung</u> Unproblematische Gruppen: Reintegration Problematische Gruppen: Systemanpassung	2005																		
2005			<u>2. Anpassung</u> Unproblematisch: Reintegration Problematisch: Systemanpassung	2006																		
2006			<u>Auflösung</u> Unproblematisch: Reintegration Problematisch: Systemanpassung	2007																		
2007	<table border="1" data-bbox="252 1234 938 1644"> <thead> <tr> <th colspan="4">Hauptkatalog</th> </tr> <tr> <th>Chir.</th> <th>Andere</th> <th>Med.</th> <th>Frühreha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- ...</td> <td>- ...</td> <td>- ...</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>Geriatric</td> <td>Neurologie</td> <td>...</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>Mögliche Fallgruppen Geriatric</p> <ul style="list-style-type: none"> - A90 - Z - B90 - A B C D - E90 - A B C D - F90 - A B C D - I90 - A B C D - K90 - A B C D - R90 - A B C D - Z90 - A B C D </td> </tr> </tbody> </table>		Hauptkatalog				Chir.	Andere	Med.	Frühreha	- ...	- ...	- ...	<table border="1"> <tr> <td>Geriatric</td> <td>Neurologie</td> <td>...</td> </tr> </table>	Geriatric	Neurologie	...	<p>Mögliche Fallgruppen Geriatric</p> <ul style="list-style-type: none"> - A90 - Z - B90 - A B C D - E90 - A B C D - F90 - A B C D - I90 - A B C D - K90 - A B C D - R90 - A B C D - Z90 - A B C D 				<p>Mögliches Ergebnis: Einrichtung einer Partition "Frührehabilitation"</p> <p>Mögliche Fallgruppen Geriatric</p> <ul style="list-style-type: none"> Pre-MDC: Wundbehandlung+ger. Frühreha Geriatr. Komplexbeh.: Nervensystem Geriatr. Komplexbeh.: Atmungssystem Geriatr. Komplexbeh.: Herz-Kreislauf Geriatr. Komplexbeh.: Bewegungsapp. Geriatr. Komplexbeh.: Stoffwechsel Geriatr. Komplexbeh.: Bösartige Nb Geriatr. Komplexbeh.: Sonstige Erkr./Faktoren
Hauptkatalog																						
Chir.	Andere	Med.	Frühreha																			
- ...	- ...	- ...	<table border="1"> <tr> <td>Geriatric</td> <td>Neurologie</td> <td>...</td> </tr> </table>	Geriatric	Neurologie	...																
Geriatric	Neurologie	...																				
<p>Mögliche Fallgruppen Geriatric</p> <ul style="list-style-type: none"> - A90 - Z - B90 - A B C D - E90 - A B C D - F90 - A B C D - I90 - A B C D - K90 - A B C D - R90 - A B C D - Z90 - A B C D 																						

 = Anpassung der DRG-Logik (Splitkriterien, Fallgruppen, Trigger etc.)