

# Vorschläge zur Änderung der Klassifikation (G-DRG- System)

---

## Fachbereich Geriatrie:

- 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)

## Ansprechpartner:

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG

Dr. med. Markus Borchelt (Sprecher)  
Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB  
Reinickendorfer Str. 61  
13347 Berlin  
Tel.: 030/450-578858  
Fax: 030/450-553947  
[markus.borchelt@charite.de](mailto:markus.borchelt@charite.de)

Prof. Dr. med. Norbert Wrobel  
Klinikum Bremen-Nord gGmbH  
[norbert.wrobel@klinikum-bremen-nord.de](mailto:norbert.wrobel@klinikum-bremen-nord.de)

Prof. Dr. med. Ludger Pientka  
Marienhospital Herne, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum  
[ludger.pientka@ruhr-uni-bochum.de](mailto:ludger.pientka@ruhr-uni-bochum.de)

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Die Vorschläge sind zum besseren Verständnis bereits auf Basis der Kataloge für 2004 formuliert (d.h. z.B. mit OPS 8-550.1 bzw. 8-550.2, U50.-! und Z54.-!).

Die Vorschläge entsprechen daher bereits dem erwünschten Stand des Interimssystems Ende 2004 (prospektiv zu erwartende Gruppierungsergebnisse 2005 auf Basis von Echtdateien aus 2004 basierend auf den Kalkulationsergebnissen zu Daten aus 2003). Nach telefonischer Rücksprache mit dem InEK (Fr. Becker) am 27.02.2004 ist es sowohl möglich, auf Basis der Kataloge des Jahres 2003 als auch auf Basis der Kataloge für 2004 Vorschläge einzubringen.

Es wird betont, dass die Vorschläge explizit in das Kalkulationsverfahren 2004 eingebracht werden und gebeten, alle Möglichkeiten zu prüfen, die es erlauben würden, die in den an der Kalkulation beteiligten Geriatrien bereits vorliegenden Daten zum Barthel-Index bei Aufnahme aus dem Jahr 2003 mit in die diesjährige Kalkulation einbringen zu können.

Zur Abbildung der in den Vorschlägen verwendeten neuen ICD- und OPS-Kodes auf die in den diesjährigen Kalkulationsdaten verfügbaren Codes des Jahres 2003 wird folgendes Mapping vorgeschlagen:

OPS-301 V2004 ==> OPS-301 V2.1

8-550.1 8-550

8-550.2 8-550

8-551.1 8-551

8-551.2 8-551

ICD-10-GM 2004 ==> ICD-10 V2.0

Z54.0! Z54

Z54.1! Z54

Z54.2! Z54

Z54.4! Z54

Z54.7! Z54

ICD-10-GM 2004 ==> Barthel-Index bei Aufnahme

U50.00! 100 Punkte

U50.10! 80-95 Punkte

U50.20! 60-75 Punkte

U50.30! 40-55 Punkte

U50.40! 20-35 Punkte

U50.50! 0-15 Punkte

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Aufgrund noch fehlender bzw. unzureichender Definitionen und Vorschriften zur Dokumentation von Behandlungsfällen der teilstationären Geriatrie kann derzeit im Datensatz nach § 21 KHEntgG weder der teilstationäre Behandlungsfall noch die teilstationäre Verweildauer eindeutig und einheitlich abgebildet werden. Eindeutigkeit und Einheitlichkeit sind jedoch Grundvoraussetzung für eine sachgerechte Kostenkalkulation teilstationärer Behandlungsfälle.

Es muss klar definiert werden, (a) was als ein teilstationärer geriatrischer Behandlungsfall zu gelten hat und (b) wie dessen Verweildauer aufgrund der im Datensatz nach § 21 KHEntgG verfügbaren Datenfelder eindeutig abgebildet werden kann.

Erst nach expliziter Definition und einheitlicher Handhabung können für die teilstationäre Geriatrie sachgerechte Kostengewichte kalkuliert werden. Aufgrund der Länge des hierfür benötigten Zeitraums (Definition 2004, Handhabung 2005, Kalkulation 2006, Anwendung 2007) muss bis dahin eine tragfähige Interimsregelung zur adäquaten Abrechnung teilstationärer geriatrischer Behandlungsleistungen festgelegt werden (vgl. ergänzend beigefügten Vorschlag zur Abrechnung teilstationärer Leistungen, Datei "Teilstationaer\_Abrechnung.gfv").

Die teilstationäre Geriatrie unterscheidet sich von anderen teilstationären Behandlungsformen. Daher sind grundsätzlich fachspezifisch differenzierte Regelungen zu implementieren. Der nachstehende Lösungsvorschlag bezieht sich ausschließlich auf geriatrische Tageskliniken.

## Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung

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

- Ein teilstationärer geriatrischer Behandlungsfall ist wie ein vollstationärer Fall durch Aufnahme- und Entlassungsdatum zu definieren. Andere Definitionen (quartalsweise, wochenweise, tageweise etc.) sind für die teilstationäre Geriatrie nicht sachgerecht, da es sich stets um einen zusammenhängenden, zeitlich begrenzten Aufenthalt handelt, der nur durch Wochenenden, Feiertage und einzelne individuelle Fehltag unterbrochen wird.
- Die Gesamtzahl aller innerhalb des vom Aufnahme- und Entlassungsdatum begrenzten Zeitraums liegenden Abwesenheitstage (Wochenenden, Feiertage, individuelle Fehltag) ist im Feld "Beurlaubungstage" kumulativ anzugeben.
- Anders als bei vollstationärer Behandlung ist bei teilstationärer Behandlung der Entlassungstag definiert als der letzte vollständig erbrachte Behandlungstag (Entlassung nachmittags); er geht daher in die Verweildauerberechnung mit ein.
- Die teilstationäre Verweildauer ergibt sich dann rechnerisch nach folgender Formel: Entlassungsdatum minus Aufnahmedatum plus 1 minus Beurlaubungstage.
- Das Feld "Patientennummer" ist als MUSS-Feld mit einer eindeutigen Personenidentifikationsnummer zu füllen (im Hinblick auf eine ggf. erforderliche Zusammenführung mit vorausgegangenen vollstationären Aufenthalten).
- Eine Gleichstellung der geriatrischen Tagesklinik mit einer Fachabteilung (z.B. Abbildung in der Datei FAB.csv) kommt nicht in Frage, da (a) geriatrische Tageskliniken zumeist organisatorisch eigenständige Einheiten sind, und (b) die verfügbaren KI-Systeme eine solche Lösung nicht handhaben können.

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Die Kosten für teilstationär erbrachte geriatrische Leistungen sind aufgrund der bislang unzureichenden Spezifikationen zur einheitlichen Abbildung von Behandlungsfällen der teilstationären Geriatrie im Datensatz nach § 21 KHEntg nicht sachgerecht kalkulierbar.

Die Regelungen der Ersatzvornahme 2004 (KFPV 2004) führen zu einer nahezu vollständigen Nichtberücksichtigung der teilstationären Behandlungskosten, da ein vorgeschalteter vollstationärer Aufenthalt zunächst alleine in die Gruppierung eingeht, um die "vorab abgerechnete DRG" ermitteln zu können. Dadurch wird die teilstationäre Fortsetzung einer vollstationär begonnenen Komplexbehandlung vollständig ignoriert, die jedoch durchaus Einfluss auf die abzurechnende DRG haben muss. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung kann voll- und teilstationär durchgeführt werden, auch im Sinne einer verteilten Leistung. Die Zuordnung des richtigen OPS-Kodes (z.B. OPS 8-550.-) ist nur auf Basis einer Gesamtbetrachtung der voll- und teilstationär erbrachten Behandlungsabschnitte möglich.

Erst nach expliziter Definition (vgl. ergänzend beigefügten Vorschlag zur teilstationären Faldefinition, Datei "Teilstationaer\_Faldefinition.gfv") und einheitlicher Handhabung können für die teilstationäre Geriatrie sachgerechte Kostengewichte kalkuliert werden. Aufgrund der Länge des hierfür benötigten Zeitraums (Definition 2004, Handhabung 2005, Kalkulation 2006, Anwendung 2007) muss bis dahin eine tragfähige Interimsregelung zur adäquaten Abrechnung teilstationärer geriatrischer Behandlungsleistungen festgelegt werden.



## Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung

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

- Bei kombinierter, nahtlos aneinander anschließender voll- und teilstationärer Behandlung ist vor der Gruppierung zunächst eine Fallzusammenführung durchzuführen.
- Für die Zusammenführung ist zwingend erforderlich, dass das Feld "Patientennummer" in der Datei FALL.csv sowohl für voll- wie für teilstationäre Fälle mit einer eindeutigen Person-ID (Feld "Patientennummer") gefüllt wird (MUSS-Feld).
- Bei der Zusammenführung sind die Beurlaubungstage der voll- und teilstationären Episoden zu addieren; dabei ist für jeden zusammengeführten teilstationären Aufenthalt, dem ein vollstationärer Aufenthalt unmittelbar folgt, von der Anzahl der Beurlaubungstage ein Tag zu subtrahieren.
- Bei der Zusammenführung ist der Fall grundsätzlich als "Entlassungsverlegung" zu kodieren (aufgrund der Verlegung in die Krankenhaus-Tagesklinik).
- Nach Zusammenführung ist die Gesamtverweildauer wie für einen ausschließlich vollstationär behandelten Fall neu zu kalkulieren (gleiches Berechnungsschema, d.h. ohne Entlassungstag).
- Auf Basis der neu kalkulierten Verweildauer ist für den zusammengeführten Fall zu prüfen, ob verweildauerabhängig definierte Prozeduren (z.B. OPS 8-550.-) für den zusammengeführten Fall ggf. nachzukodieren sind.
- Für den zusammengeführten und ggf. nachkodierten Fall ist schließlich die DRG zu ermitteln.
- Da die ermittelte DRG derzeit und in den kommenden 2 Jahren allein aufgrund vollstationärer Behandlungsdaten kalkuliert werden kann (s.o.) und der zusammengeführte Fall grundsätzlich als Verlegungsfall gilt, wird bis zur mittleren Verweildauer die Behandlungsleistung mittels des Relativgewichts der ermittelten DRG abgerechnet, für jeden Tag oberhalb der MVD werden krankenhausesindividuell verhandelte teilstationäre Tagessätze abgerechnet. Unterschreitet der zusammengeführte Fall die mittlere Verweildauer der ermittelten DRG, werden Abschläge wie im vollstationären Bereich fällig und keine teilstationären Entgelte zusätzlich abgerechnet.
- Die vorgeschlagene Übergangslösung ist ein fairer Kompromiss sowohl für Leistungserbringer als auch für Kostenträger und stellt sicher, dass krankenhausesindividuell auf dem Verhandlungsweg sachgerechte Interims-Lösungen im Einzelfall gefunden werden können. Ansonsten müssten allein die Leistungserbringer die aus dem Versäumnis einer frühzeitigen, bundesweit einheitlichen Definition resultierenden Nachteile tragen.

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Bei geriatrischen Patienten kommt es in der frühpostakuten Behandlungssituation oftmals vor, dass akutmedizinische, frührehabilitative und wundchirurgische Maßnahmen über einen längeren Zeitraum nebeneinander erforderlich werden. Eine Kombination der Leistungsziffern OPS 8-550.- und OPS 5-893.- führt jedoch vielfach zu einer DRG, die nur die wundchirurgische Prozedur bei der Eingruppierung berücksichtigt.

Es handelt sich zumeist um ältere Patienten mit ausgeprägter Multimorbidität (häufig mit Typ-II-Diabetes und fortgeschrittener pAVK als Nebendiagnosen) und mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen, insbesondere der Mobilität und Kognition. Der personelle Ressourcenbedarf und der wundchirurgische Behandlungsaufwand gehen zumeist mit einer deutlich verlängerten Verweildauer einher.

Die Fallgruppe wird zumeist nicht primär über die Hauptdiagnose definiert, sondern vor allem durch die Begleitmorbidität und den funktionellen Status. Daher erscheinen aus medizinischer Sicht wesentliche Kriterien für eine Vorab-Gruppierung im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung gegeben.

## **Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung**

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

Eingruppierung im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung, abhängig von einer kombinierten Dokumentation der entsprechenden Prozeduren; Split mittels Alter und / oder PCCL (s. Formblatt "DRG-Logik ändern").

## Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 1)

### 1. Neuaufnahme MDC / Basis-DRG / DRG

MDC/Basis-DRG/DRG	textliche Definition bzw. Unterscheidungskriterium	ICD-Liste	OPS-Liste
Prä-MDC / A43 / A43A / A43B	<p>A43A - Chirurgisches Wunddebridement und geriatrische Komplexbehandlung, Alter &gt; 84 Jahre oder mit äußerst schweren CC</p> <p>A43B - Chirurgisches Wunddebridement und geriatrische Komplexbehandlung, Alter &lt; 84 Jahre, ohne äußerst schwere CC</p>		<p>5-893.- ff.</p> <p>und</p> <p>(8-550.1 oder 8-550.2)</p>

### 2. Streichung / Zusammenführung von MDCs / ADRGs / DRGs

MDC/Basis-DRG/DRG	Aufnahme/Verschiebung in MDC/Basis-DRG/DRG	ICD-Liste	OPS-Liste

### Begründung (bitte detailliert)

Ohne eine Zusammenführung im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung würden sich geriatrische (multimorbide und/oder hochaltrige) Patienten mit aufwendiger, gleichzeitiger Wund- und Komplexbehandlung medizinisch unsachgemäß bereits allein aufgrund der Hauptdiagnose - die für die Indikation des spezifischen bzw. kombinierten Behandlungsbedarfs zumeist nicht ausschlaggebend und nicht aussagekräftig ist - über sehr viele verschiedene MDC verteilen, in denen dann zum einen entweder der OPS 8-550.- möglicherweise überhaupt nicht gruppierungsrelevant ist, oder aber zum anderen allein das Wunddebridement über die Eingruppierung entscheidet und die zusätzliche Komplexbehandlung unberücksichtigt bleibt.

Da die Patientengruppe einen von der Hauptdiagnose unabhängigen vergleichbaren Ressourcenverbrauch aufweist und nur mittels einer MDC-unabhängigen, vorwiegend prozedurenabhängigen Gruppierung zusammengeführt werden kann, wird eine DRG im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung vorgeschlagen.

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Bei geriatrischen Patienten mit Malignomkrankung kommt es in der frühpostakuten Behandlungssituation nach Bestrahlung, Chemotherapie oder Operation oftmals vor, dass akutmedizinische, frührehabilitative und palliative Maßnahmen über einen längeren Zeitraum nebeneinander zeitgleich erforderlich werden. Das bisherige System verteilt diese Patienten allein anhand der organbezogenen Hauptdiagnose über mehrere MDC und damit - trotz vergleichbarem Ressourcenverbrauch - auf viele verschiedene DRGs. Bislang wird dabei die geriatrische Komplexbehandlung nur in 6 MDCs gruppierungsrelevant berücksichtigt. Dies führt dazu, dass bspw. bei Primärtumor im Bereich der Atemwege (MDC 04) oder im Bereich des Gastrointestinaltrakts (MDC 06) eine sachgerechte Vergütung der geriatrischen Komplexbehandlung erfolgt, nicht aber bei Primärtumor im Bereich des Urogenitaltrakts (MDC 11) oder der Haut (MDC 09).

Es handelt sich zumeist um ältere Patienten mit ausgeprägter Multimorbidität und erheblichen begleitenden Funktionsbeeinträchtigungen. Die verzögerte Rekonvaleszenz geht bei hohem personellen Ressourcenbedarf zumeist mit einer deutlich verlängerten Verweildauer einher.

Der Aufwand der geriatrischen Komplexbehandlung ist bei diesen Patienten zumeist nicht primär von der Lokalisation des Primärtumors (d.h. nicht von der Hauptdiagnose) abhängig, sondern vor allem von der Begleitmorbidität und dem funktionellen Status. Daher erscheinen aus medizinischer Sicht die wesentlichen Kriterien für eine Vorab-Gruppierung im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung gegeben.

## **Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung**

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

Eingruppierung im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung, abhängig von einer kombinierten Dokumentation mit einer Malignomerkrankung als Hauptdiagnose und geriatrischer Komplexbehandlung als Prozedur (s. Formblatt "DRG-Logik ändern").



## Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 1)

### 1. Neuaufnahme MDC / Basis-DRG / DRG

MDC/Basis-DRG/DRG	textliche Definition bzw. Unterscheidungskriterium	ICD-Liste	OPS-Liste
Prä-MDC / A44 / A44Z	A44Z - Geriatrische Komplexbehandlung bei bösartiger Neubildung mit verzögerter Rekonvaleszenz nach chirurgischem Eingriff, Strahlen- oder Chemotherapie	C00.- bis C97.-  und  Z54.0! oder Z54.1! oder Z54.2! oder Z54.7!	8-550.1 oder 8-550.2

### 2. Streichung / Zusammenführung von MDCs / ADRGs / DRGs

MDC/Basis-DRG/DRG	Aufnahme/Verschiebung in MDC/Basis-DRG/DRG	ICD-Liste	OPS-Liste

## **Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 1) Fortsetzung**

Begründung (bitte detailliert)

Ohne eine Zusammenführung im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung würden sich geriatrische (multimorbide und/oder hochaltrige) Malignompatienten mit Komplexbehandlungsbedarf medizinisch unsachgemäß allein aufgrund der Hauptdiagnose - die für die Indikation des spezifischen bzw. kombinierten Behandlungsbedarfs zumeist nicht ausschlaggebend und nicht aussagekräftig ist - über sehr viele verschiedene MDC verteilen, in denen dann vielfach der OPS 8-550.- nicht gruppierungsrelevant ist und die Komplexbehandlung nicht sachgerecht vergütet wird, während für andere Patienten, mit einem Primärtumor im Bereich der sechs geriatrierelevanten MDC, die Komplexbehandlung durchaus vergütet wird.

Da die Patientengruppe einen von der Lokalisation des Primärtumors zumeist unabhängigen vergleichbaren Ressourcenverbrauch aufweisen und nur mittels einer MDC-unabhängigen, vorwiegend prozedurenabhängigen Gruppierung zusammengeführt werden kann, wird eine DRG im Rahmen der Prä-MDC-Verarbeitung vorgeschlagen.

Um diese Gruppe auch im Verlegungsfall (z.B. Weiterbehandlung in einer geriatrischen Fachklinik) identifizieren zu können, wird vorgeschlagen, eine vorausgegangene Operation, Chemo- oder Strahlentherapie verbindlich mittels zugehörigem Z54.-Code abzubilden, auch wenn dies derzeit in den Kliniken noch nicht etabliert ist und sich ein entsprechendes Modell noch nicht anhand der vorliegenden Daten verifizieren lässt.

Das Kalkulationsmodell zur Prüfung der Zusammengehörigkeit dieser Patienten sollte daher zunächst ohne das Zusatzkriterium Z54.- erfolgen (da optionaler ICD-Code). Im Falle der Bestätigung einer Zusammengehörigkeit (Varianzreduktion) wird empfohlen, den Code Z54.- für die Definition der DRG mit heranzuziehen, um zu verdeutlichen, dass es sich um eine unmittelbare Nachbehandlung handelt (entspricht nach Erkenntnisstand der Fachgesellschaften der derzeitigen Ausgangslage). Auf diese Weise lassen sich unbeabsichtigte Indikations- und Leistungsausweitungen (z.B. ruhende Malignomerkkrankung ohne primären Interventionsbedarf) vermeiden.

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution / Organisation eingebracht

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAGKGE), 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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Die Algorithmusposition zur Prüfung und Verzweigung in die operativen "Rest-DRGs" 901Z, 902Z und 903Z ist nicht sachgerecht, da mittlerweile in der Anderen Partition gleichwohl spezifische DRGs prozedurenabhängig erreicht werden können, die eindeutig dem Indikationsspektrum der Hauptdiagnose zugeordnet sind.

Da die DRGs 901Z, 902Z und 903Z unspezifisch sind und zudem irreführend als "Fehler-DRGs" bezeichnet werden (besser: "Sonstige DRG" o.ä.) und im Falle einer zugleich durchgeführten Komplexbehandlung oder Frührehabilitation zu unsachgemäß niedrigerer Vergütung führen würden im Vergleich zu nachfolgenden, spezifischen DRGs der Anderen Partition, steht ohne entsprechende Anpassung des Algorithmus ohnehin zu befürchten, dass die auslösenden OR-Prozeduren dann aus der Dokumentation gelöscht werden würden, um zumindest mittels der Komplexbehandlung oder Frührehabilitation zu einer sachgerechteren Gruppierung zu gelangen.

## **Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung**

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

Verschiebung der Algorithmusposition für Prüfung auf "OR-Prozeduren ohne Bezug" an das Ende des jeweiligen MDC-Teilalgorithmus oder hinter den Abschnitt zur Prüfung auf DRGs der Anderen Partition.

Dies gilt insbesondere für die MDCs 01, 04, 05, 06, 08 und 10.

Da grundsätzlich alle MDCs von diesem Vorschlag betroffen sein könnten und keines der Formblätter ein geeignetes Schema für den Vorschlag zur Verfügung stellt, wird auf ein ergänzendes Formular an dieser Stelle verzichtet.

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

1) Die DRG B42C ist bislang nicht nach Schweregrad der bei Aufnahme bestehenden funktionellen Beeinträchtigung differenziert. Die bei Aufnahme bestehende funktionelle Beeinträchtigung ist jedoch für den Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung ein entscheidendes Merkmal (vgl. Chuang et al., JAGS, 2003; GEMIDAS, 2003). Je ausgeprägter die funktionelle (insbesondere motorische, aber auch kognitive) Beeinträchtigung bei Aufnahme ist, umso länger ist zumeist die Behandlungsdauer und umso größer ist der ärztliche, pflegerische und therapeutische Behandlungsaufwand pro Tag im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung.

2) Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung unterscheidet sich grundsätzlich von der neurologischen Frührehabilitation (vgl. Stier-Jarmer, Pientka & Stucki, 2002). Anders als in der Neurologie kann dem Behandlungs- und Rekonvaleszenzverlauf bei geriatrischen Patienten kein Phasenmodell zugrunde gelegt werden.

## Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung

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

Zusammen genommen legen die beiden eingangs beschriebenen Problemkonstellationen nahe, eine eigenständige DRG für geriatrische Komplexbehandlung bei neurologisch erkrankten geriatrischen Patienten (MDC 01) einzuführen (Vorschlag: neue Basis-DRG B43; vgl. Formblatt "DRG-Logik ändern") und diese mittels des Splitkriteriums "Motorische Funktionseinschränkung" - gemessen anhand des Barthel-Index bei Aufnahme (ICD U50.-) - in zunächst drei nach Schweregrad differenzierte DRGs zu trennen.

Die an der Kalkulation beteiligten geriatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen verfügen aufgrund der langjährigen GEMIDAS-Dokumentation zumeist bereits über den Barthel-Index bei Aufnahme. Die Definition des GEMIDAS-Datensatzes ist samt Handlungsanleitung im Internet unter folgender URL abrufbar:

[http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/Files/GemidasV41s\\_Definition.pdf](http://www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/Files/GemidasV41s_Definition.pdf)

Der im ICD-10-GM für 2004 angebrachte Hinweis zu U50.-! "... innerhalb der ersten drei Behandlungstage ..." entspricht nicht den Empfehlungen der geriatrischen Fachgesellschaften und ist aus geriatrischer Sicht auch nicht sachgerecht. Ein zuverlässiger Ausgangswert kann bei geriatrischen Patienten am Aufnahmetag beispielsweise zumeist nicht erhoben werden, da geriatrische Patienten schon durch den Ortswechsel beeinträchtigt werden und Zeit benötigen, um sich an die veränderte Situation und Umgebung zu adaptieren. Im Rahmen der jetzt siebenjährigen GEMIDAS-Erfahrung konnte für den Barthel-Index (wie auch für die MMSE) als Richtwert ein Zeitfenster vom 2.-5. Behandlungstag herausgearbeitet werden. Auf dieser Grundlage ist auch im letztjährigen DIMDI-Vorschlagsverfahren das diesbezügliche Mindestkriterium im OPS 8-550 redaktionell geändert worden (Streichung des Passus "... in den ersten drei Behandlungstagen ..." beim Kriterium "Aufnahmeassessment"). Ohne Rückkopplung wurde dieses Kriterium dann jedoch den ICD-Kodes U50.- und U51.- hinzugefügt, sodass die Handlungsanleitung nun erneut den Empfehlungen des Fachbereichs widerspricht. Da die 3-Tage-Begrenzung medizinisch-geriatrisch nicht zu rechtfertigen ist, kann und wird sie bei geriatrischen Patienten so nicht angewendet werden. Es sollte im Streitfall grundsätzlich einer medizinischen Einzelfallprüfung überlassen bleiben, ob eine fachspezifische Diagnostik dem Aufnahmezeitraum bzw. der Ausgangssituation einer Behandlung zuverlässig zugeordnet werden kann, um zu vermeiden, dass ein Patient allein aus abrechnungstechnischen Gründen einer medizinisch (noch) nicht sachgerechten Diagnostik kurzerhand unterzogen wird, nur um eine relativ willkürlich festgelegte Frist einzuhalten. Die einzige Alternativmöglichkeit eines Behandlers, Patienten vor derlei Unfug zu bewahren, bestünde darin, im medizinisch begründeten Einzelfall die Diagnostik rückzudatieren. Beide "Alternativen" sind untragbar und belegen die zwingende Notwendigkeit, diese Art von Fehlanreizen zu vermeiden.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich nicht allein wegen eines relativ willkürlichen Formalismus eines ICD-Hinweistextes das medizinisch notwendige und sachgerechte Vorgehen der Geriatrie verändern wird, käme es einem unnötigen Bürokratismus nahe, wenn allein wegen der vorübergehend entstandenen (dabei zugleich geringfügigen) Inkongruenz der expliziten Richtwerte für den Aufnahmezeitraum (ICD-10-GM: 1. bis 3. Behandlungstag, GEMIDAS: 2. bis 5. Behandlungstag) die Möglichkeit einer vorgezogenen kalkulatorischen Überprüfung bereits vorhandener Daten von vornherein ausgeschlossen werden würde, zumal die Fachgesellschaften zeitgleich beim DIMDI für das Vorschlagsverfahren 2005 eine entsprechende redaktionelle Korrektur der Hinweise zu U50.- und U51.- einbringen.

Der Score des Barthel-Index kann vollständig automatisiert in die (neuen) ICD-Kodes U50.00! bis U50.50! überführt werden. Es wird dringend empfohlen, mit den Kalkulationshäusern eine diesbezügliche Zusatzvereinbarung zu treffen, die es erlaubt, den Daten aus 2003 für Kalkulationszwecke automatisiert den korrekten Code unter U50.-! nach ICD-10-GM 2004 hinzu zu fügen. Dadurch könnte der Vorschlag unmittelbar einer Prüfung unterzogen werden, ohne dass ein ganzes Jahr abgewartet werden müsste. Aufgrund der in der Geriatrie bereits seit dem Jahr 2000 beobachteten Verschiebungen im Aufnahme-Barthel-Index sind die Geriatrien bzw. ist die geriatrische Komplexbehandlung von einer sehr zeitnahen sachgerechten Abstufung des DRG-Entgelts abhängig, da im Zuge der DRG-Einführung mit einer Verstärkung des Trends zur Verschiebung der Fallzahlen hin zu Patienten mit erheblichen bis schwersten Funktionseinschränkungen zu rechnen ist.



## Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 1)

### 1. Neuaufnahme MDC / Basis-DRG / DRG

MDC/Basis-DRG/DRG	textliche Definition bzw. Unterscheidungskriterium	ICD-Liste	OPS-Liste
MDC 01 / B43 / B43A, B43B, B43C	<p>ADRG B43 - Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ----- B43A - ---- dito ---- mit schwerer oder sehr schwerer motorischer Funktionseinschränkung ----- B43B - ---- dito ---- mit mittelschwerer motorischer Funktionseinschränkung ----- B43C - ---- dito ---- mit leichter oder geringfügiger motorischer Funktionseinschränkung</p>	<p>HD für MDC 01 (TAB-M01-0)  und  (U50.50! oder U50.40!) = A ----- (U50.30! oder U50.20!) = B ----- (U50.10! oder U50.00!) = C</p>	<p>8-550.1 oder 8-550.2</p>

### 2. Streichung / Zusammenführung von MDCs / ADRGs / DRGs

MDC/Basis-DRG/DRG	Aufnahme/Verschiebung in MDC/Basis-DRG/DRG	ICD-Liste	OPS-Liste
MDC 01 / B42 / B42C	B43A	U50.50! U50.40!	8-550.1 8-550.2
	B43B	U50.30! U50.20!	8-550.1 8-550.2
	B43C	U50.10! U50.00!	8-550.1 8-550.2

### Begründung (bitte detailliert)

Der Ressourcenverbrauch bei der geriatrischen Komplexbehandlung wird wesentlich beeinflusst vom Ausmaß der motorischen Beeinträchtigung bei Aufnahme; hinzu kommt, dass sich eine geriatrische Komplexbehandlung wesentlich von der neurologischen Frührehabilitation unterscheidet. Weiterhin weist die MDC 01 in der Geriatrie neben der MDC 08 die höchsten Fallzahlen auf. Alles zusammengenommen legt nahe, eine eigene Basis-DRG (B43) für die geriatrische Komplexbehandlung in der MDC 01 einzurichten und diese zunächst anhand des Barthel-Index bei Aufnahme zu splitten (Standard-Instrument in der Geriatrie; bei quasi 100% der Patienten dokumentiert und zumeist bereits datentechnisch verfügbar).

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## **Formblatt Problembeschreibung**

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Die DRG E41Z ist bislang nicht nach Schweregrad der bei Aufnahme bestehenden funktionellen Beeinträchtigung differenziert. Die bei Aufnahme bestehende funktionelle Beeinträchtigung ist jedoch für den Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung ein entscheidendes Merkmal (vgl. JAGS, 2003; GEMIDAS, 2003). Je ausgeprägter die funktionelle (insbesondere motorische, aber auch kognitive) Beeinträchtigung bei Aufnahme ist, umso länger ist zumeist die Behandlungsdauer und umso größer ist der ärztliche, pflegerische und therapeutische Behandlungsaufwand pro Tag im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung.

## **Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung**

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

Die DRG E41Z sollte mittels Splitkriterium "Motorische Funktionseinschränkung" - gemessen anhand des Barthel-Index bei Aufnahme (ICD U50.-) - in zunächst zwei nach Schweregrad differenzierte DRGs aufgeteilt werden.

Die an der Kalkulation beteiligten geriatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen verfügen aufgrund der langjährigen GEMIDAS-Dokumentation zumeist bereits über den Barthel-Index bei Aufnahme. Dieser kann vollständig automatisiert in die (neuen) ICD-Kodes U50.00! bis U50.50! überführt werden. Es wird dringend empfohlen, mit den Kalkulationshäusern eine diesbezügliche Zusatzvereinbarung zu treffen, die es erlaubt, den Daten aus 2003 für Kalkulationszwecke automatisiert den korrekten Code unter U50.-! nach ICD-10-GM 2004 hinzu zu fügen. Dadurch könnte der Vorschlag unmittelbar einer Prüfung unterzogen werden, ohne dass ein ganzes Jahr abgewartet werden müsste. Aufgrund der in der Geriatrie bereits beobachteten Verschiebungen im Aufnahme-Barthel-Index sind die Geriatrien bzw. ist die geriatrische Komplexbehandlung von einer sehr zeitnahen sachgerechten Abstufung des DRG-Entgelts abhängig.

Weitere Details s. ausführliche Begründung zum Änderungsvorschlag für die DRG B42C (Datei "GeriatricDRG01\_B42C.gfv").

## Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern

Bitte füllen Sie die leeren Kästchen aus.

aktuelle DRG

Splitkriterium

Splitkriterium erfüllt?

Bitte nennen Sie hier die beiden Namensvorschläge für die neuen DRGs.

ICD-Liste	OPS-Liste
U50.50! U50.40! U50.30!	8-550.1 8-550.2

ICD-Liste	OPS-Liste
U50.00! U50.10! U50.20!	8-550.1 8-550.2

ICD/OPS-Liste (optional)

E41Z

Schwere Funktionseinbuße?

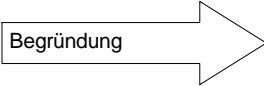
ja
nein

E41A - Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mit mittelschwerer bis sehr schwerer motorischer Funktionseinschränkung

E41B - Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung

## Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern Fortsetzung

Begründung



Der Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane unterscheidet sich je nach Ausmaß der funktionellen, insbesondere motorischen Beeinträchtigung bei Aufnahme erheblich. Es ist zudem bereits belegbar, dass die zur Behandlung kommenden geriatrischen Patienten einen zunehmend schlechteren Ausgangsstatus aufweisen, sodass für eine sachgerechte Vergütung unverzüglich ein dieses Merkmal zuverlässig abbildendes Splitkriterium benötigt wird (s. a. Problembeschreibung und Lösungsvorschlag).

Anmerkung: Da es sich bei dem Splitkriterium U50.- um ein neues, bislang im Definitionshandbuch nicht verwendetes Splitkriterium handelt (abweichend von den Ausfüllhinweisen zu dem hier verwendeten "einfachen Split"), wird ergänzend auch Abschnitt 3 auf Seite 2 des Detailformblatts "Änderung der DRG-Logik" ausgefüllt.

## Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 2)

### 3. Änderung von Split-Merkmalen (z.B. Alter, PCCL etc.) von Basis-DRGs / DRGs

aktuelle Klassifikation		Änderungsvorschlag	
betroffene Basis-DRG/DRG	bisheriges Splitkriterium	neue Basis-DRG/DRG	neues Splitkriterium
E41 / E41Z	keins	E41 / E41A und E41B	Mittelschwere bis sehr schwere Funktionseinschränkung (U50.30!, U50.40!, U50.50!)

#### Begründung (bitte detailliert)

Siehe Detailformblatt "DRG mittels einfachem Split ändern".

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004



## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Die DRG F45Z ist bislang nicht nach Schweregrad der bei Aufnahme bestehenden funktionellen Beeinträchtigung differenziert. Die bei Aufnahme bestehende funktionelle Beeinträchtigung ist jedoch für den Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung ein entscheidendes Merkmal (vgl. JAGS, 2003; GEMIDAS, 2003). Je ausgeprägter die funktionelle (insbesondere motorische, aber auch kognitive) Beeinträchtigung bei Aufnahme ist, umso länger ist zumeist die Behandlungsdauer und umso größer ist der ärztliche, pflegerische und therapeutische Behandlungsaufwand pro Tag im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung.

## **Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung**

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

Die DRG F45Z sollte mittels Splitkriterium "Motorische Funktionseinschränkung" - gemessen anhand des Barthel-Index bei Aufnahme (ICD U50.-) - in zunächst zwei nach Schweregrad differenzierte DRGs aufgeteilt werden.

Die an der Kalkulation beteiligten geriatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen verfügen aufgrund der langjährigen GEMIDAS-Dokumentation zumeist bereits über den Barthel-Index bei Aufnahme. Dieser kann vollständig automatisiert in die (neuen) ICD-Kodes U50.00! bis U50.50! überführt werden. Es wird dringend empfohlen, mit den Kalkulationshäusern eine diesbezügliche Zusatzvereinbarung zu treffen, die es erlaubt, den Daten aus 2003 für Kalkulationszwecke automatisiert den korrekten Code unter U50.-! nach ICD-10-GM 2004 hinzu zu fügen. Dadurch könnte der Vorschlag unmittelbar einer Prüfung unterzogen werden, ohne dass ein ganzes Jahr abgewartet werden müsste. Aufgrund der in der Geriatrie bereits beobachteten Verschiebungen im Aufnahme-Barthel-Index sind die Geriatrien bzw. ist die geriatrische Komplexbehandlung von einer sehr zeitnahen sachgerechten Abstufung des DRG-Entgelts abhängig.

Weitere Details s. ausführliche Begründung zum Änderungsvorschlag für die DRG B42C (Datei "GeriatrieDRG01\_B42C.gfv").

## Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern

Bitte füllen Sie die leeren Kästchen aus.

aktuelle DRG

Splitkriterium

Splitkriterium erfüllt?

Bitte nennen Sie hier die beiden Namensvorschläge für die neuen DRGs.

ICD/OPS-Liste (optional)

**F45Z**

Schwere Funktionseinbuße?

ja
nein

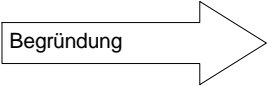
**F45A - Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit mittelschwerer bis sehr schwerer motorischer Funktionseinschränkung**

**F45B - Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung**

ICD-Liste	OPS-Liste	ICD-Liste	OPS-Liste
U50.50!	8-550.1	U50.00!	8-550.1
U50.40!	8-550.2	U50.10!	8-550.2
U50.30!		U50.20!	

## Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern Fortsetzung

Begründung



Der Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems unterscheidet sich je nach Ausmaß der funktionellen, insbesondere motorischen Beeinträchtigung bei Aufnahme erheblich. Es ist zudem bereits belegbar, dass die zur Behandlung kommenden geriatrischen Patienten einen zunehmend schlechteren Ausgangsstatus aufweisen, sodass für eine sachgerechte Vergütung unverzüglich ein dieses Merkmal zuverlässig abbildendes Splitkriterium benötigt wird (s. a. Problembeschreibung und Lösungsvorschlag).

Anmerkung: Da es sich bei dem Splitkriterium U50.- um ein neues, bislang im Definitionshandbuch nicht verwendetes Splitkriterium handelt (abweichend von den Ausfüllhinweisen zu dem hier verwendeten "einfachen Split"), wird ergänzend auch Abschnitt 3 auf Seite 2 des Detailformblatts "Änderung der DRG-Logik" ausgefüllt.

## Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 2)

### 3. Änderung von Split-Merkmalen (z.B. Alter, PCCL etc.) von Basis-DRGs / DRGs

aktuelle Klassifikation		Änderungsvorschlag	
betroffene Basis-DRG/DRG	bisheriges Splitkriterium	neue Basis-DRG/DRG	neues Splitkriterium
F45 / F45Z	keins	F45 / F45A und F45B	Mittelschwere bis sehr schwere Funktionseinschränkung (U50.30!, U50.40!, U50.50!)

#### Begründung (bitte detailliert)

Siehe Detailformblatt "DRG mittels einfachem Split ändern".

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## Formblatt Problembeschreibung

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Die DRG G51Z ist bislang nicht nach Schweregrad der bei Aufnahme bestehenden funktionellen Beeinträchtigung differenziert. Die bei Aufnahme bestehende funktionelle Beeinträchtigung ist jedoch für den Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung ein entscheidendes Merkmal (vgl. JAGS, 2003; GEMIDAS, 2003). Je ausgeprägter die funktionelle (insbesondere motorische, aber auch kognitive) Beeinträchtigung bei Aufnahme ist, umso länger ist zumeist die Behandlungsdauer und umso größer ist der ärztliche, pflegerische und therapeutische Behandlungsaufwand pro Tag im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung.

## **Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung**

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

Die DRG G51Z sollte mittels Splitkriterium "Motorische Funktionseinschränkung" - gemessen anhand des Barthel-Index bei Aufnahme (ICD U50.-) - in zunächst zwei nach Schweregrad differenzierte DRGs aufgeteilt werden.

Die an der Kalkulation beteiligten geriatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen verfügen aufgrund der langjährigen GEMIDAS-Dokumentation zumeist bereits über den Barthel-Index bei Aufnahme. Dieser kann vollständig automatisiert in die (neuen) ICD-Kodes U50.00! bis U50.50! überführt werden. Es wird dringend empfohlen, mit den Kalkulationshäusern eine diesbezügliche Zusatzvereinbarung zu treffen, die es erlaubt, den Daten aus 2003 für Kalkulationszwecke automatisiert den korrekten Code unter U50.-! nach ICD-10-GM 2004 hinzu zu fügen. Dadurch könnte der Vorschlag unmittelbar einer Prüfung unterzogen werden, ohne dass ein ganzes Jahr abgewartet werden müsste. Aufgrund der in der Geriatrie bereits beobachteten Verschiebungen im Aufnahme-Barthel-Index sind die Geriatrien bzw. ist die geriatrische Komplexbehandlung von einer sehr zeitnahen sachgerechten Abstufung des DRG-Entgelts abhängig.

Weitere Details s. ausführliche Begründung zum Änderungsvorschlag für die DRG B42C (Datei "GeriatrieDRG01\_B42C.gfv").



## Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern

Bitte füllen Sie die leeren Kästchen aus.


aktuelle DRG

Splitkriterium

Splitkriterium erfüllt?

Bitte nennen Sie hier die beiden Namensvorschläge für die neuen DRGs.

**G51Z**



Schwere Funktionseinbuße?

ja
nein

**G51A - Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mit mittelschwerer bis sehr schwerer motorischer Funktionseinschränkung**

**G51B - Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung**

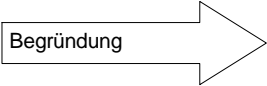
ICD-Liste	OPS-Liste
U50.50! U50.40! U50.30!	8-550.1 8-550.2

ICD-Liste	OPS-Liste
U50.00! U50.10! U50.20!	8-550.1 8-550.2

ICD/OPS-Liste (optional)

## Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern Fortsetzung

Begründung



Der Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane unterscheidet sich je nach Ausmaß der funktionellen, insbesondere motorischen Beeinträchtigung bei Aufnahme erheblich. Es ist zudem bereits belegbar, dass die zur Behandlung kommenden geriatrischen Patienten einen zunehmend schlechteren Ausgangsstatus aufweisen, sodass für eine sachgerechte Vergütung unverzüglich ein dieses Merkmal zuverlässig abbildendes Splitkriterium benötigt wird (s. a. Problembeschreibung und Lösungsvorschlag).

Anmerkung: Da es sich bei dem Splitkriterium U50.- um ein neues, bislang im Definitionshandbuch nicht verwendetes Splitkriterium handelt (abweichend von den Ausfüllhinweisen zu dem hier verwendeten "einfachen Split"), wird ergänzend auch Abschnitt 3 auf Seite 2 des Detailformblatts "Änderung der DRG-Logik" ausgefüllt.

## Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 2)

### 3. Änderung von Split-Merkmalen (z.B. Alter, PCCL etc.) von Basis-DRGs / DRGs

aktuelle Klassifikation		Änderungsvorschlag	
betroffene Basis-DRG/DRG	bisheriges Splitkriterium	neue Basis-DRG/DRG	neues Splitkriterium
G51 / G51Z	keins	G51 / G51A und G51B	Mittelschwere bis sehr schwere Funktionseinschränkung (U50.30!, U50.40!, U50.50!)

#### Begründung (bitte detailliert)

Siehe Detailformblatt "DRG mittels einfachem Split ändern".

## Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

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-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG (Borchelt, Wrobel, Pientka), c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030/450-578858

Fax

030/450-553947

E-Mail

markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

29.02.2004

## **Formblatt Problembeschreibung**

-immer ausfüllen/beifügen-

Problembeschreibung (Freitext)

Die DRG I41Z ist bislang nicht nach Schweregrad der bei Aufnahme bestehenden funktionellen Beeinträchtigung differenziert. Die bei Aufnahme bestehende funktionelle Beeinträchtigung ist jedoch für den Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung ein entscheidendes Merkmal (vgl. JAGS, 2003; GEMIDAS, 2003). Je ausgeprägter die funktionelle (insbesondere motorische, aber auch kognitive) Beeinträchtigung bei Aufnahme ist, umso länger ist zumeist die Behandlungsdauer und umso größer ist der ärztliche, pflegerische und therapeutische Behandlungsaufwand pro Tag im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung.

## **Formblatt Problembeschreibung Fortsetzung**

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

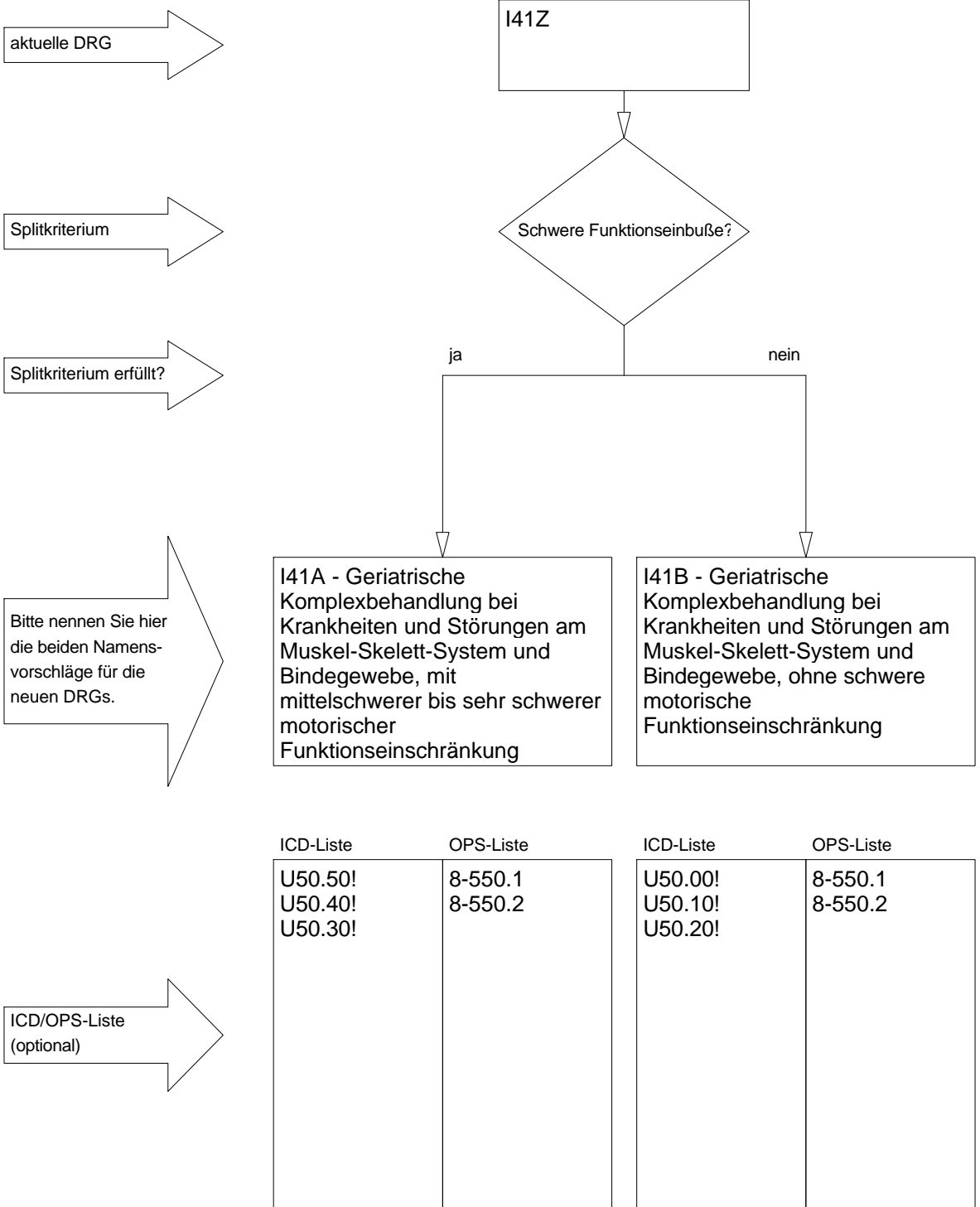
Die DRG I41Z sollte mittels Splitkriterium "Motorische Funktionseinschränkung" - gemessen anhand des Barthel-Index bei Aufnahme (ICD U50.-) - in zunächst drei nach Schweregrad differenzierte DRGs aufgeteilt werden.

Die an der Kalkulation beteiligten geriatrischen Fachkliniken und Fachabteilungen verfügen aufgrund der langjährigen GEMIDAS-Dokumentation zumeist bereits über den Barthel-Index bei Aufnahme. Dieser kann vollständig automatisiert in die (neuen) ICD-Kodes U50.00! bis U50.50! überführt werden. Es wird dringend empfohlen, mit den Kalkulationshäusern eine diesbezügliche Zusatzvereinbarung zu treffen, die es erlaubt, den Daten aus 2003 für Kalkulationszwecke automatisiert den korrekten Code unter U50.-! nach ICD-10-GM 2004 hinzu zu fügen. Dadurch könnte der Vorschlag unmittelbar einer Prüfung unterzogen werden, ohne dass ein ganzes Jahr abgewartet werden müsste. Aufgrund der in der Geriatrie bereits beobachteten Verschiebungen im Aufnahme-Barthel-Index sind die Geriatrien bzw. ist die geriatrische Komplexbehandlung von einer sehr zeitnahen sachgerechten Abstufung des DRG-Entgelts abhängig.

Weitere Details s. ausführliche Begründung zum Änderungsvorschlag für die DRG B42C (Datei "GeriatrieDRG01\_B42C.gfv").

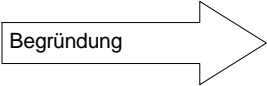
# Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern

Bitte füllen Sie die leeren Kästchen aus.



## Detailformblatt DRG mittels einfachem Split ändern Fortsetzung

Begründung



Der Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe unterscheidet sich je nach Ausmaß der funktionellen, insbesondere motorischen Beeinträchtigung bei Aufnahme erheblich. Es ist zudem bereits belegbar, dass die zur Behandlung kommenden geriatrischen Patienten einen zunehmend schlechteren Ausgangsstatus aufweisen, sodass für eine sachgerechte Vergütung unverzüglich ein dieses Merkmal zuverlässig abbildendes Splitkriterium benötigt wird (s. a. Problembeschreibung und Lösungsvorschlag).

Anmerkung: Da es sich bei dem Splitkriterium U50.- um ein neues, bislang im Definitionshandbuch nicht verwendetes Splitkriterium handelt (abweichend von den Ausfüllhinweisen zu dem hier verwendeten "einfachen Split"), wird ergänzend auch Abschnitt 3 auf Seite 2 des Detailformblatts "Änderung der DRG-Logik" ausgefüllt.



## Detailformblatt Änderung der DRG-Logik (Seite 2)

### 3. Änderung von Split-Merkmalen (z.B. Alter, PCCL etc.) von Basis-DRGs / DRGs

aktuelle Klassifikation		Änderungsvorschlag	
betroffene Basis-DRG/DRG	bisheriges Splitkriterium	neue Basis-DRG/DRG	neues Splitkriterium
I41 / I41Z	keins	I41 / I41A und I41B	Mittelschwere bis sehr schwere Funktionseinschränkung

#### Begründung (bitte detailliert)

Siehe Detailformblatt "DRG mittels einfachem Split ändern".