

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

Eingereicht am 31.03.2004

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

Prof. Dr. med. Norbert Wrobel

Klinikum Bremen-Nord gGmbH

norbert.wrobel@klinikum-bremen-nord.de

Prof. Dr. med. Ludger Pientka

Marienhospital Herne, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum

ludger.pientka@ruhr-uni-bochum.de

Stammformblatt Vorschlag zur Änderung der Klassifikation

-immer ausfüllen/beifügen-

Der Vorschlag wird durch folgende Institution/Organisation eingebracht

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

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

Dr. med. Markus Borchelt (Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie der BAG KGE, DGG und DGGG)

Abteilung/Bereich

DRG-Projektgruppe Geriatrie
c/o Ev. Geriatriezentrum Berlin gGmbH

Straße

Reinickendorfer Str. 61

PLZ

13347

Ort

Berlin

Telefon

030 / 450-578858

Fax

030 / 450-553947

E-Mail

Markus.borchelt@charite.de

Vorschlagsdatum

31.03.2004

Problembeschreibung

Die Geriatrische Komplexbehandlung (GKB) wird in insgesamt 15 DRGs verteilt über sechs MDCs abgebildet (MDC 01, 04, 05, 06, 08, 10). Davon sind 8 DRGs der Operativen Partition und 7 DRGs der Anderen Partition zugeordnet. Die Operativen DRGs werden bei bestimmten chirurgischen Eingriffen (z.B. Eingriffe an der Hüfte, große Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, Kraniotomie) in Kombination mit einer geriatrischen Komplexbehandlung angesteuert. Bei allen anderen Kombinationen, die nicht den expliziten DRG-Definitionen entsprechen, erfolgt zumeist eine Eingruppierung allein aufgrund der chirurgischen Prozedur (z.B. Ersatz des Kniegelenkes), d.h. ohne zusätzliche Vergütung für eine geriatrische Komplexbehandlung.

Da der Gruppierungsalgorithmus grundsätzlich hierarchisch aufgebaut ist, werden nahezu immer zuerst die Kriterien für operative DRGs abgeprüft und erst danach diejenigen der Anderen Partition. Da es in der Operativen Partition insgesamt nur 6 Verzweigungspunkte gibt, die von der Leistungsziffer der Geriatrischen Komplexbehandlung (OPS 8-550.-) beeinflusst werden (Basis-DRGs B02, G02, I03, I08, I13, K01), die Behandlung geriatrischer Patienten jedoch häufig komplikationsreich und dementsprechend oft interdisziplinär und interventio-nell abläuft, passiert es relativ häufig, dass auch innerhalb der sechs MDCs, in denen die Komplexbehandlung als lokal signifikant definiert ist, diese nicht abrechnungsrelevant wird. Dies stellt vor allem Krankenhäuser mit sowohl chirurgischem als auch geriatrischem Leistungsspektrum vor erhebliche Probleme und benachteiligt diese gegenüber anderen Leistungsanbietern, da die meisten chirurgischen Leistungsziffern gerade nicht additiv zur geriatrischen Komplexbehandlung wirksam sind, sondern im Gruppierungsprozess eher konkurrierende Wirkungen entfalten. Dabei können auch relativ geringfügige, im Verlauf durchgeführte chirurgische Eingriffe eine in den eingangs erwähnten MDCs eigentlich bestehende Gruppierungsrelevanz des OPS 8-550 wieder kippen.

Nach Erkenntnissen aus dem DRG-Kostenevaluationsprojekt der Geriatrie (Kostendaten aus 7 KH mit Fachabteilung und 3 Fachkrankenhäusern für Geriatrie, Falldaten insgesamt aus 26 Kliniken), führen Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geriatrie bei insgesamt etwa 6-9 Prozent ihrer Patienten eine Geriatrische Komplexbehandlung (GKB) durch. Diese Fälle machen zusammen jedoch etwa 18 bis 21% der fallbezogenen Gesamtkosten der Kliniken aus. Das resultierende DRG-Problem ergibt sich vor allem daraus, dass nur bei 40-44% der kombiniert chirurgisch-geriatrisch behandelten Patienten eine Kombinations-DRG auch tatsächlich getroffen wird. Auch wenn das Problem auf Einzel-DRG-Ebene unscheinbar wirken kann, in der Summe liegt ein nicht unerhebliches Gefährdungspotenzial, gerade auch im Zusammenwirken mit den Abrechnungsregeln der KFPV (teilstationäre Versorgung, Wiederaufnahmen).

Nach bisherigen Erfahrungen wird die GKB insgesamt, d.h. einschließlich der nicht zugleich chirurgisch behandelten Fälle, in den Kliniken mit Fachabteilung nur bei ca. 80-83% der Fälle abrechnungsrelevant. Für die übrigen Fälle wird eine Vielzahl rein chirurgischer DRGs getroffen, die nicht nach GKB gesplittet sind (im Kostenprojekt: n=89 verschiedene DRGs). Dadurch werden nicht nur die zusätzlichen Kosten der GKB häufig nicht adäquat vergütet, sondern es erfolgt zudem – gerade bei kleineren chirurgischen Eingriffen – relativ oft eine niedrigere Einstufung gegenüber der Einstufung durch den OPS 8-550 alleine.

Aufgrund der Vielzahl der „konkurrierend“ statt additiv wirkenden chirurgischen Prozeduren, die in Kombination mit der Komplexbehandlung auftreten können, kann ein Versuch, die GKB in jeder möglichen Kombination bzw. chirurgischen DRG zu berücksichtigen, als sicher nicht zielführend angesehen werden, zumal die Zahl der DRGs ausufern und die Besetzungszahlen der Kombinationen ohnehin zu klein würden. Eine explorative Detailanalyse zu den am häufigsten betroffenen DRGs hat jedoch zwei plausible Cluster gezeigt, von denen der eine in der MDC 05 (21 DRGs) und der andere in der MDC 08 (14 DRGs) liegt.

In der MDC 08 sind insbesondere die DRGs I01A, I03D, I04Z, I05Z, I18Z, I23Z, I30Z, I31Z auffällig. Bei diesen Fallgruppen wird relativ oft eine Geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt, die jedoch nicht vergütet wird. Fasst man alle komplex behandelten Fälle dieser DRGs zusammen, dann liegt die mittlere Verweildauer der Gesamtgruppe mit über 40 Tagen viermal so hoch wie bei den anderen, nicht komplex behandelten Fällen dieser Gruppen.

In der MDC 05 sind es im Hinblick auf dieselbe Problematik insbesondere die DRGs F04A, F05A, F06A, F08A, F11Z, F12Z, F13A, F14A, F24A, F24B, F28A – jede einzelne zwar mit einer relativ geringen Fallzahl komplexgeriatrisch behandelter Patienten, jedoch in der Summe die zweitgrößte MDC-Gruppe, bei der die Zusatzleistung der Komplexbehandlung in der Operativen Partition nicht vergütungsrelevant wird – bei zum Teil erheblich höheren Fallkosten (s. Anlage). Wiederum zusammen genommen wurde bei den komplex behandelten geriatrischen Patienten in diesen Fallgruppen eine 3,8-fach längere Verweildauer mit in Einzelgruppen teilweise doppelt so hohen mittleren Fallkosten gegenüber nicht komplex behandelten Fällen beobachtet. Die Art der am häufigsten betroffenen DRGs unterstreicht dabei den besonderen Schweregrad dieser geriatrischen Patienten (fast ausschließlich DRGs des höchsten Ressourcenverbrauchs).

Schließlich sind noch die vor der Anderen Partition liegenden Fehler-DRGs 901Z und 902Z mit ausschlaggebend für das hier beschriebene Problem. Wenn diese DRGs in den jeweiligen MDC-Strukturen nachrangig zur Anderen Partition definiert oder jeweils ganz an das Ende des MDC-Algorithmus gesetzt würden, dann könnte mit der geriatrischen Komplexziffer insgesamt häufiger eine spezifische Geriatrie-DRG in der Anderen Partition getroffen und diese damit auch wiederum sachgerechter kalkuliert werden.

Gegenüber diesen Problemen der Fachabteilungen können geriatrische Fachkrankenhäuser mit dem implementierten Lösungsansatz bereits 85-89% der komplex behandelten Fälle über eine spezifische Geriatrie-DRG abrechnen. Allerdings wird auch bei diesen das Problem der nicht sachgerechten Abbildung einer kombinierten Wund- und Komplexbehandlung bei geriatrischen Patienten deutlich (derzeit steht für diese Fälle keine Kombinations-DRG zur Verfügung, in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose verteilen sich diese Patienten über mehrere DRGs in verschiedenen MDCs).

Lösungsvorschlag:

Aufgrund der Komplexität der Problematik sowie der Vielzahl potenziell involvierter DRGs bei zum Teil bereits komplex ausgestalteten MDC-Strukturen (z.B. MDC 05), können auf der Grundlage von kursorisch ausgewerteten Fall- und Kostendaten derzeit nur einige prinzipielle Lösungsbausteine hierzu in das Verfahren eingebracht werden. Die gemeinsame DRG-Projektgruppe der Fachgesellschaften bietet ihre Unterstützung bei der weitergehenden Analyse und Lösung des Abbildungsproblems innerhalb der 2004 implementierten Systematik für die Geriatrie an. Nachstehend wird der diesbezüglich aktualisierte Stand der Überlegungen zur Problemsituation zusammenfassend und in Ergänzung bzw. zur weiteren Konkretisierung der teilweise bereits am 29.02.2004 eingebrachten Vorschläge dargestellt.

Es wird angeregt, hinsichtlich der derzeit vielfach noch „konkurrierenden“ chirurgischen Prozeduren bzw. DRGs zunächst die folgenden Aspekte in der Kalkulation zu überprüfen, um unter weitgehender Vermeidung zusätzlicher DRGs zu einer möglichst sachgerechten Abbildung der chirurgisch-geriatrischen Kombinationsleistungen zu gelangen, zumal diese Leistungskombination gerade für geriatrische Patienten sehr viele Vorteile bietet und in deutschen Krankenhäusern nicht zuletzt deshalb auch sehr häufig vorkommt:

1. Verschieben der Algorithmusposition der DRGs 901Z-903Z jeweils hinter die DRG-Zuordnungsprüfung der Anderen Partition (möglicherweise kehrt sich das Problem durch diese Maßnahme jedoch auch nur um, da dann zwar die Komplexbehandlung vergütungsrelevant wird, nicht jedoch die zusätzlich durchgeführten OR-Prozeduren ohne Bezug zur Hauptdiagnose).
2. Einrichten von ein bis zwei chirurgisch-geriatrischen Kombinations-DRGs in der MDC 05 (anders als in der MDC 01, 06, 08 und 10 existiert in der MDC 05 noch keine derartige Kombinations-DRG), vor allem für die Komplexbehandlung bei Herzklappeneingriffen, Koronarbypass und Schrittmacherimplantation (d.h. insbesondere für diejenigen kardiochirurgischen Eingriffe, die bei geriatrischen Patienten am häufigsten mit einem entsprechenden Komplexbehandlungsbedarf einhergehen; derzeit werden diese Patienten insbesondere über die F04, F05, F06 sowie F12 und F24 verteilt).
3. In der MDC 08 ggf. zusätzlicher Splitt der I01A und I04Z mittels OPS 8-550 (z.B. analog zur Basis-DRG I03 bzw. I08). Das Problem bei der Kalkulation könnte dabei allerdings in derzeit noch zu geringen Fallzahlen bestehen.
4. Einrichten einer MDC-übergreifenden neuen Basis-DRG für die kombinierte Wund- und Komplexbehandlung bei geriatrischen Patienten. Hier geht es um die Kombination der beiden Leistungsziffern OPS 8-550 und 5-893. Nach derzeitiger Datenlage in der Geriatrie werden diese Patienten vor allem den DRGs I28A, F21A, B06A und 901Z zugeordnet, außerdem der B07A, X06A, K09A und K01A bei deutlich höheren Fallkosten. Um hier nicht unnötigerweise mehrere Geriatrie-DRGs in zum Teil zusätzlichen MDCs anzulegen, wird vorgeschlagen, zunächst eine Verankerung im Rahmen der PräMDC-Verarbeitung zu überprüfen. Alternativ zu dem am 29.02.2004 eingebrachten Vorschlag wird ein weiterer prüfbarer Umsetzungsvorschlag in Abschnitt „Änderung der DRG-Logik“ konkretisiert.

5. Weiterhin – mit Vorgehen ähnlich wie bei Punkt 4 – wird nach wie vor ergänzend die Einrichtung einer Kombinations-DRG für Komplexbehandlung bei geriatrischen Malignompatienten angeregt (diagnoseübergreifend, daher wäre ebenfalls eine Überprüfung auf Verankerung im Rahmen der PräMDC-Verarbeitung nötig, s. Vorschlag vom 29.02.2004). Dabei entsteht vermutlich ein Problem durch Interferenzen mit mehreren verschiedenen DRGs der Medizinischen Partition. Geriatrische Malignompatienten gehören jedoch zu der Patientengruppe, die sich über sehr viele verschiedene DRGs nahezu aller MDCs verteilen, obwohl sie sich in ihrem Ressourcenverbrauch im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung nicht in diesem Maße unterscheiden.
6. Prüfung auf Splitt der bereits vorhandenen Geriatrie-DRGs der Anderen Partition mittels Barthel-Index, d.h. nach Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung (gemäß den bereits zum 29.02.2004 eingebrachten Konkretisierungen)
7. Aufgrund von vorläufigen Simulationsrechnungen für Krankenhäuser mit kombiniertem geriatrisch-chirurgischen Leistungsspektrum wird angenommen, dass infolge der unter 1-4 geschilderten Maßnahmen die Eingruppierung komplex behandelte Fälle in der Operativen Partition von derzeit etwa 43% auf ca. 60% angehoben werden könnte. Insgesamt – d.h. einschließlich der geriatrischen DRGs der Anderen Partition – könnte sich damit die Quote der Fälle mit vergüteter Komplexbehandlung dem diesbezüglich bereits erreichten Stand in den geriatrischen Fachkliniken (knapp unter 90%) annähern. Dies müsste auch – in Anbetracht der beginnenden Konvergenzphase – als Ergebnis für 2005 erzielt werden. Sollten die unter 1-6 zur Prüfung vorgeschlagenen Maßnahmen entgegen den Erwartungen nicht die erforderliche Varianzreduktion bewirken (z.B. infolge von Umkehreffekten), wäre für die MDC 05 und die MDC 08 – aufgrund des bei geriatrischen Patienten breiten chirurgischen Leistungsspektrums in diesen MDCs – zu erwägen, in den fallzahlstärksten zugehörigen DRGs der Operativen Partition, die bislang die geriatrische Komplexbehandlung nicht zusätzlich berücksichtigen, ein fixes Zusatzentgelt (oder Zuschlagsgewicht) im Sinne einer Interimslösung zu kalkulieren. Insbesondere die Operative Partition der MDC 05 hat bereits einen Differenzierungsgrad erreicht, der eine einfache, medizinisch sinnvolle, exakt beschreibbare und zugleich ausreichend fallzahlstarke Verankerung der frührehabilitativen Komplexziffern des OPS (8-55 ff.) als *weiteres* Splittkriterium derzeit nicht ohne Weiteres ad hoc erkennen lässt. In der MDC 08 sieht es diesbezüglich aber noch etwas günstiger aus, da noch relativ viele Z-DRGs bestehen.

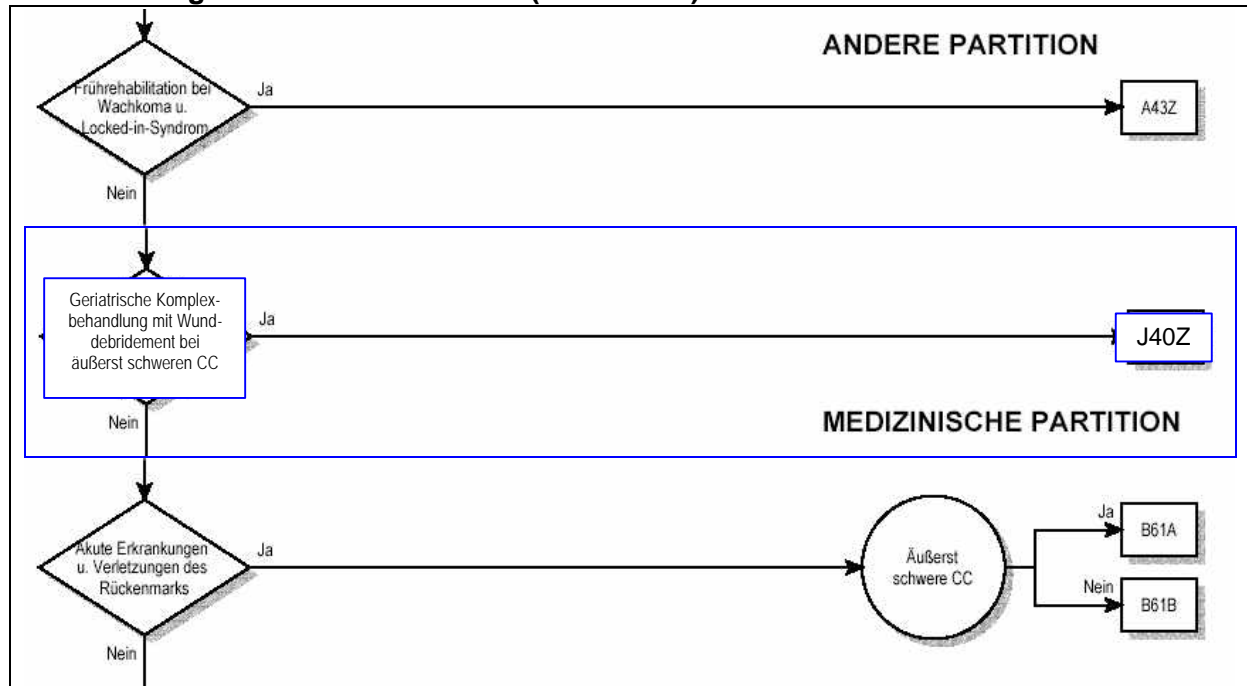
Änderung der DRG-Logik (zu Maßnahme Nr. 4 des Lösungsvorschlags):

(Alternativvorschlag zu dem am 29.02.2004 vorab eingebrachten Vorschlag)

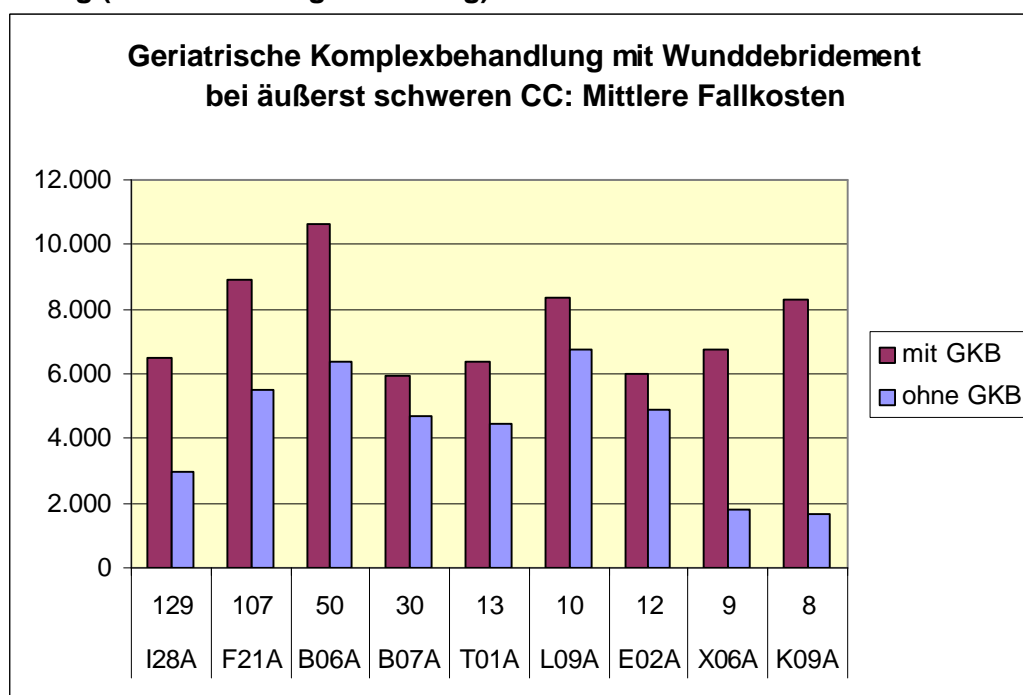
DRG J40Z Geriatrische Komplexbehandlung mit Wunddebridement bei äußerst schweren CC

Prozedur in Tabelle TAB-J40-1 und Prozedur in Tabelle TAB-J40-2 und nur OR-Prozeduren in Tabelle TAB-J40-1 und PCCL = 4

Veränderung der PräMDC - Struktur (Ausschnitt):



Begründung (s. auch Lösungsvorschlag):



Prozedur TAB-J40-1

Code	Kurzbezeichnung
5-893.00	Chir WuToil [Wunddebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, kleinfl Lip
5-893.04	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt klfl so Teil Kopf
5-893.05	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, kleinfl, Ha
5-893.06	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt klfl Schult Ax
5-893.07	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt kleinfl OA u Ellb
5-893.08	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, kleinfl, UA
5-893.09	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, kleinfl, Hd
5-893.0a	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt klfl BruW Rück
5-893.0b	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt kleinfl Bauchreg
5-893.0c	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt klfl Lst- GenReg
5-893.0d	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, kleinfl, Ges
5-893.0e	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt kleinfl OS Knie
5-893.0f	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, kleinfl, US
5-893.0g	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, kleinfl, Fuß
5-893.0x	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt, kleinfl, so Lok
5-893.10	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, großfl, Lip
5-893.14	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt grfl so Teil Kopf
5-893.15	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, großfl, Ha
5-893.16	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt grfl Schult Ax
5-893.17	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt, großfl, OA Ellb
5-893.18	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, großfl, UA
5-893.19	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, großfl, Hd
5-893.1a	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt grfl BruW Rück
5-893.1b	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt großfl Bauchreg
5-893.1c	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt grfl Lst-GenReg
5-893.1d	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, großfl, Ges
5-893.1e	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt, großfl OS Knie
5-893.1f	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, großfl, US
5-893.1g	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, großfl, Fuß
5-893.1x	Chir WuToil [WuDebr] Entf erkr Gew Ht UHt, großfl, so Lok
5-893.20	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr Lip
5-893.24	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr so Kopf
5-893.25	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedikTräger, Ha
5-893.26	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr Schult Ax
5-893.27	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr OA u Ellb

Code	Kurzbezeichnung
5-893.28	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedikTräger, UA
5-893.29	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedikTräger, Hd
5-893.2a	Chir WuDeb Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr BruW Rü
5-893.2b	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr Bauchreg
5-893.2c	Chi WuDeb Ent erkr G Ht UHt grfl Einl MedTrä Lst- GenReg
5-893.2d	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr, Ges
5-893.2e	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr OS Knie
5-893.2f	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr US
5-893.2g	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr Fuß
5-893.2x	Chir WuDebr Entf erkr Gew Ht UHt grfl Einl MedTr, so Lok
5-893.x0	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, Lip
5-893.x4	So chir WuDebr u Entf erkr Gew Ht u UHt, so Teil Kopf
5-893.x5	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, Ha
5-893.x6	So chir WuDebr u Entf erkr Gew Ht u UHt, Schult u Ax
5-893.x7	So chir WuDebr u Entf erkr Gew Ht u UHt, OA u Ellb
5-893.x8	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, UA
5-893.x9	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, Hd
5-893.xa	So chir WuDebr u Entf erkr Gew Ht u UHt, Brustw u Rück
5-893.xb	So chir WuDebr u Entf erkr Gew Ht u UHt, Bauchreg
5-893.xc	So chir WuDebr u Entf erkr Gew Ht u UHt, Lst- u GenitReg
5-893.xd	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, Ges
5-893.xe	So chir WuDebr u Entf erkr Gew Ht u UHt, OS u Knie
5-893.xf	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, US
5-893.xg	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, Fuß
5-893.xx	So chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, so Lok
5-893.y	Chir WuToil [WuDebr] u Entf erkr Gew Ht u UHt, nnb

Prozedur TAB-J40-2

Code	Kurzbezeichnung
8-550.1	Geriatrische frührehab Komplexbeh: Regelbehandlung
8-550.2	Geriatrische frührehab Komplexbeh: Langzeitbehandlung