

Frau Dr. B. Krause, DIMDI
Herrn F. Rau, BMGS
Herrn Dr. F. Heimig, InEK
Frau Dr. N. Schlottmann, DKG
Herrn Dr. B. Rochell, BÄK/AWMF
Herrn Prof. Dr. N. Roeder, Uni Münster

DRG-Projektgruppe Geriatrie

Bundesarbeitsgemeinschaft der
Klinisch-Geriatischen Einrichtungen e.V.
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Dr. med. M. Borchelt (Sprecher)
c/o Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
Tel.: 030/450-578858
Fax: 030/450-553947
Email: markus.borchelt@charite.de

Per Email

05.07.2004

Kopie: Prof. Dr. Dr. med. G. Kolb, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
Dr. med. A.-K. Meyer, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.
Prof. Dr. med. E. Steinhagen-Thiessen, BAG KGE e.V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch das Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG) haben wir erfahren, dass in dieser Woche die AG OPS bereits abschließend über die diesjährigen Vorschläge zur Anpassung des OPS 8-550 berät. Erst Ende letzter Woche verdichteten sich die Informationen zum Sachstand dahingehend, dass die Mindestanforderungen der Geriatischen Komplexbehandlung abweichend von den Vorschlägen der Fachgesellschaften der Geriatrie neu definiert werden sollen, wobei daran gedacht wird, einen explizit quantitativen therapeutischen Mindestanteil zusätzlich zu den übrigen und weiteren neuen Mindestkriterien verpflichtend vorzuschreiben.

Wir weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass wir bereits im Vorschlagsverfahren 2004 mit dem Hinweis auf eine mögliche Kostenrelevanz angeregt hatten, Einzelcodes für die Physiotherapie, Ergotherapie und besondere Maßnahmen der physikalischen Therapie einzuführen, um mögliche Kosteneffekte kalkulatorisch überprüfen zu können. Dem wurde nicht gefolgt, eine Kostenrelevanz wurde nicht gesehen. Bedauerlicherweise wurden sogar zusätzlich die in der Geriatrie zuvor vielfach verwendeten Prozedurenkodes für Sprach- und Schlucktherapie aus dem OPS gestrichen.

Vor diesem Hintergrund ist es sehr irritierend, wenn in diesem Jahr nun ohne jede Datengrundlage eine freihändig quantifizierte therapeutische Mindestmenge innerhalb des abrechnungsrelevanten OPS 8-550 plötzlich neu festgelegt werden soll. Zumal dann, wenn zugleich der interventionelle Mehraufwand des Sozialdienstes im Rahmen der geriatischen Komplexbehandlung erneut nicht anerkannt würde. Auch diese Leistung verursacht Kosten, die grundsätzlich zu berücksichtigen sind.

Wir sind nach wie vor überzeugt, dass eine solche Veränderung voraussichtlich signifikante Auswirkungen auf die Kostenkalkulation hat. Es erscheint uns vor diesem Hintergrund nicht plausibel, dass eine solche, von den Vorschlägen der Fachgesellschaften deutlich abweichende Definition im Vorgriff auf eine solide Kalkulationsgrundlage vorgenommen werden kann und soll, während zugleich die für den Eintritt in die Konvergenzphase relevante Kalkulation auf der Grundlage der bisherigen Definition der Prozedur durchgeführt wird.

Die Geriatrie steht nach wie vor zu den Prinzipien des DRG-Systems und ist bereit, jede Form notwendiger Transparenz schnellstmöglich herzustellen, damit das Geld der Leistung folgen kann. Wenn aber die Leistung, deren Kosten gerade kalkuliert werden, freihändig, ohne Datengrundlage und ohne eine ergänzende Anhörung der Fachgesellschaften undefiniert wird,

dann stellt das dem Grunde nach sowohl das Kalkulations- als auch das Vorschlagsverfahren sehr in Frage: Das Entgelt kann einer zwischenzeitlich freihändig umdefinierten Leistung nicht folgen und das System ist im Ergebnis nicht mehr datengetrieben und „selbstlernend“.

Die Geriatrie war und ist jederzeit bereit, die notwendige Datenbasis für kostenrelevante Leistungsaspekte engagiert und effektiv mit zu erarbeiten. Sie hat dies bereits mehrfach bewiesen und deshalb bitten wir darum, diesen Vorgang sehr kritisch zu prüfen und uns im Bemühen um eine größere Transparenz der Leistung innerhalb des komplexen geriatrischen Behandlungsgeschehens systemkonform zu unterstützen. Falls die Quantifizierung ergänzender Kriterien zum OPS 8-550 als notwendig erachtet wird, dann wäre der formal einzig richtige Weg der, geeignete zusätzliche Leistungsziffern zur Verfügung zu stellen, die uns in die Lage versetzen, entsprechende Kostendaten zu erheben, damit datengetrieben sachadäquate Abstufungen der Kostengewichte für die geriatrische Komplexbehandlung kalkuliert werden können.

Wir sind überzeugt, dass man auch hier zu weiteren Spezifizierungen und Quantifizierungen gelangen kann, aber ebenso überzeugt sind wir, dass dies datengestützt erfolgen muss, um den Krankenhäusern nicht unberechtigt einen Teil der Abrechnungsgrundlage ihrer gerade geplanten Leistungsmengen wieder zu entziehen. Es ist unbedingt zu beachten und darf in seinen Auswirkungen nicht unterschätzt werden, dass alle Mindestkriterien additiv wirksam werden und dass ein nicht alle involvierten Berufsgruppen wertender Therapieanteil eben nur einen Teil des gesamten Therapiegeschehens und nur einen Teil der komplexen Gesamtbehandlung berücksichtigt, der damit nicht alleine die Gesamtfallkosten bestimmt.

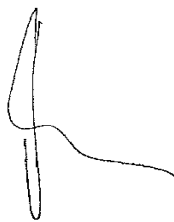
Wir anerkennen durchaus nach wie vor die grundsätzliche Notwendigkeit, auch im komplexen geriatrischen Gesamtbehandlungsgeschehen für noch mehr Kostentransparenz zu sorgen. Und wir sehen die drohende Gefahr, dass eine Grundsatzhaltung unsererseits, die aus Fachkreisen heraus vorgeschlagenen neuen Mindestzahlen nicht zu akzeptieren, möglicherweise zu einer völlig sachfremden Festsetzung führen könnte. Allein aus diesem Grunde haben wir uns mit dem KCG um einen Kompromissvorschlag bemüht und akzeptieren den mit heutigem Datum beim DIMDI nachgereichten Vorschlag zur freihändigen Festsetzung quantitativer Mindestanforderungen sowie zur Umformulierung und Ergänzung weiterer Mindestkriterien zum OPS 8-550. Wir bitten Sie jedoch sehr darum, dies als ein weiteres eindeutiges Signal unsererseits aufzufassen, dass wir diesbezüglich jederzeit hochgradig kooperationsbereit sind. Wohl kann einem bei diesem systemfremden Vorgang jedoch keinesfalls sein.

Wir bitten Sie deshalb sehr darum, den gesamten Vorgang, der in eine existierende, abrechnungsrelevante und erneut in der Kalkulation befindliche Leistungsdefinition grundlegend eingreift, ohne dass die Kosteneffekte ermittelt wären, äußerst kritisch zu prüfen. Der Vorgang als solcher ist eindeutig nicht systemkonform und kann durchaus dazu führen, dass die diesjährige Kalkulation nicht sachgerecht ist im Hinblick auf die Anwendung der Prozedurenziffer 2005. Für Leistungsforderungen muss dasselbe gelten wie für Entgeltforderungen, daher fordern wir nach wie vor eine datenbasierte Lösung für dieses Problem.

Mit herzlichem Dank für Ihre Bemühungen verbleiben wir mit freundlichen Grüßen,



Dr. med. M. Borchelt
Berlin (Sprecher)



Prof. Dr. med. L. Pientka
Bochum



Prof. Dr. med. N. Wrobel
Bremen