

10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie
Berlin, 24.-26.10.2002

Kritische Fragen in der Geriatrie: Derzeitiger Stand der DRG- Diskussion

M. Borchelt, N. Wrobel & L. Pientka

DRG-Projekt der BAG Klinisch-Geriatischer Einrichtungen e.V.,
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der
Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Historie (Juni-September 2002)

- DKG erklärt Scheitern der Verhandlungen (24.06.02)
- 1. Referentenentwurf („FPVO“) des BMG (15.08.02)
 - Abrechnungsregeln (Verlegungsregeln u.a.), Ermittlung v. Abschlägen etc.
- 2. Referentenentwurf zur KFPV des BMG (04.09.02)
 - Mit Fallpauschalkatalogentwurf, Relativgewichten, Grenzverweildauern
- Anhörung des BMG zur KFPV (10.09.02)
 - Pro Optionsmodell auf KFPV-Grundlage:
 - AOK-BV, VKD, BDPK, DKG
 - Contra Optionsmodell auf KFPV-Grundlage:
 - VdAK, BÄK, mb, VLK, AWMF, BVMed, KBV, VUD, BAG KGE, etc.pp.
- Ergebnis: „Anhörung zur Einführung des Fallpauschalensystems bestätigt das Optionsmodell“ (Pressemitteilung des BMG am 10.09.02)

Status quo

- Erledigte „Meilensteine“ für Ersatzvornahme:
 - Veröffentlichung des Definitionshandbuchs für die G-DRG V1.0 (mod. Übersetzung der AR-DRG V4.1)
 - Erstellung des G-DRG Fallpauschalen-Katalogs
 - Erstkalkulation deutscher Relativgewichte (3M)
 - Inkrafttreten der KFPV am 26.09.02 (Ersatzvornahme des BMG für Optionsmodell 2003)
 - Zertifizierung von 5 deutschen Groupern (InEK)
- Angekündigt für Anfang Oktober 2002:
 - Vereinbarung zur Datenübermittlung nach §21 KHEntgG
- Ende Oktober:
 - Entscheidung der KH pro/contra freiwillige Teilnahme am Optionsmodell

Pro oder contra Optionsmodell?

- Eine generelle Empfehlung kann für geriatrische Fachkrankenhäuser nicht gegeben werden
- Dringend empfohlen:
 - Hausinterne kritische Prüfung
 - **Checkliste in: Rochell/Roeder, „das Krankenhaus“ 10/2002**
- Pro- und Contra-Argumente in: „das Krankenhaus“ 10/2002
 - LBK Hamburg (Bornemeier): **Pro**
 - Uniklinik Münster (Roeder): **Contra**
- Weiterführende Materialien/Infos:
 - Vortrag Leber (AOK-Bundesverband) zum 1. Nationalen DRG-Forum
 - Umfrageergebnisse: DKI, KGSH, DRG-Research Group

Links zu Online-Dokumenten: www.bag-geriatrie.de/Dokumente/Gemidas/Frames/MainDRG.html

Positionen der Geriatrie - I

- 11/2000:
 - 1. Positionspapier zur Fallpauschaleneinführung (DGGG, BAG, Sektion Geriatrie des BDI)
 - 12/2001:
 - 2. Positionspapier: Diskussionsgrundlage mit der DKG im Dez. 2001 (DGGG, DGG, BAG)
 - 04/2002:
 - 3. Positionspapier: BMG-Anhörung zum FPG (BAG, DGG)
 - 09/2002:
 - 4. Positionspapier: Stellungnahme zur KFPV v. 03.09.02
-
- Download: www.bag-geriatrie.de/sitemap

Positionen der Geriatrie - II

3. Positionspapier zur BMG-Anhörung im April 2002

- Verbleib der Geriatrie im DRG-System
- Bildung neuer DRGs
- Differenzierte Abstufung der Abschlagsregeln
 - Berücksichtigung des höheren Verweildauerrisikos beim Nachbehandler gegenüber dem Vorbehandler
 - Anreize zur Effizienzsteigerung mit Qualitätssicherung
- Berücksichtigung von regionalen Unterschieden in der Versorgungsstruktur
 - §108/111 SGB V – Problematik

= Forderungen der Geriatrie

DRG-Aufgaben der Geriatrie

- Kodierrichtlinien (insb. Hauptdiagnose, Prozeduren)
- Fallgruppenbildung (inhaltlich: „der geriatrische Patient“)
 - **OPERATIONALISIERBARE KRITERIEN**
- Kostenkalkulation in verschiedenen Settings
- Abgrenzung Akut / Frühreha / Reha (inhaltlich)
- Prozessmanagement (Behandlungsleitlinien)
- Qualitätssicherung (Kriterien, §137c SGB V)
 - **§137c SGB V: „Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus“**

= !! Soll-Anforderungen AN die Geriatrie !!

(Drohende) Szenarien für die Geriatrie

- Herausnahme aus dem DRG-System (Gleichstellung mit den „Psych“-Bereichen)
- Umwandlung geriatrischer Krankenhäuser und Fachabteilungen in Rehabilitationskliniken (§111 SGB V)
- Umwidmung von Bettenkontingenten („§108/111 –Mix“)
- Übernahme geriatrischer Behandlungsinhalte durch andere Disziplinen (z.B. durch die Neurologie, Innere, Orthopädie, Unfallchirurgie etc.)

Diskussionsbeiträge - I

- „Die Schnittstelle vom DRG-Bereich zum Nicht-DRG-Bereich ist der Übergang von der Akutgeriatrie zur geriatrischen Reha.“
 - **Roeder N, Rochell B & Glocker S, das Krankenhaus 10/2002, 794-800**
 - **DRG-Research Group, Uni Münster, Bundesärztekammer & Klinik für Radioonkologie, Uni Tübingen**

Diskussionsbeiträge - II

- „Zur Entwirrung dieser Schnittstelle könnte die Einführung eines Fallpauschalensystems auch in der geriatrischen Rehabilitation beitragen. Dazu bietet sich eine **Spezialisierung des Akutgeriatriebereichs auf die technisch apparativen Leistungen** an, da diese besser durch Fallpauschalen abgebildet werden können.“

???

- **Kleinow R, Hessel F, Wasem J (2002), Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, 355-360**
 - **Lehrstuhl Gesundheitsmanagement, Uni Greifswald**

Diskussionsbeiträge - III

- „Sollte sich zeigen, dass die Risiken der DRG-Einführung im Bereich Geriatrie nicht bewältigt werden können, darf auch über die Ausklammerung dieser Patienten aus der Abrechnung über dieses System kein Tabu sein.“
 - Wasem J, Kleinow R, Schulz-Nieswandt F (2002), Zeitschrift für Sozialreform, Heft 2 März/April, 48. Jhg, Wiesbaden, S. 201-211
 - Lehrstuhl Gesundheitsmanagement, Uni Greifswald

Diskussionsbeiträge - IV

- „... andererseits ist aufgrund der demographischen Entwicklung die Geriatrie in besonderer Weise ein Wachstumsmarkt, den zu vernachlässigen für ein Krankenhaus ökonomisch töricht ist.“
 - **Wasem J, Kleinow R, Schulz-Nieswandt F (2002), a.a.O.**

Diskussionsbeiträge - V

- Geriatrische Patienten wird es weiterhin und in eher zunehmender Zahl in deutschen Krankenhäusern geben. Ob die Geriatrie für sie zuständig sein wird, ist derzeit völlig offen. Ob sie eine geriatrische Komplexbehandlung erhalten ebenso.
 - **Borchelt M, Jahrestagung DGG 2002**

Diskussionsbeiträge - VI

- „Die gewachsenen Strukturen in Deutschland (siehe Geriatrie, Palliativmedizin etc.) lassen sich nicht kurzfristig einem pauschalierenden Vergütungssystem anpassen, welches keine Rücksicht auf diese ursprünglich gewünschten und geförderten Strukturen nimmt.“

- **Roeder N, Rochell B & Glocker S (10/2002), a.a.O.**

DRG-Leistungsstand der Geriatrie („Haben“)

- Etablierte Standards zur externen Qualitätserfassung (Gemidas, GiB-Dat)
 - **einheitlich definierte Interpretationskriterien fehlen noch**
- Geriatriespezifischer Erweiterungskatalog zum OPS (sog. OPS-G V3.00 der BAG vom 15.03.2002)
 - **Behandlungsstandards und Kostenkalkulationen fehlen noch**
- DRG-Pilotprojekt zu Fallgruppen und zum Leistungsgeschehen
 - **abschließende Auswertung und Interpretation sowie Definition eines Folgeprojekts stehen aus; Förderung in 2003 noch offen**
- Internet-Präsenz (www.bag-geriatrie.de, www.gibdat.de)
 - **übergreifende geriatrie-interne Wahrnehmung scheint eher gering; personell und finanziell komplett unterversorgt (BAG); untereinander nicht verlinkt**

DRG-Pilotprojekt der BAG

- Identifizierung und Beschreibung von DRG-Problembereichen
 - Fallgruppen
 - Leistungsgeschehen
 - Verweildauern
- Datenbasis für Lösungsansätze

Hauptprobleme | Lösungsansätze

- Problem #1: Hauptdiagnose (zuviele Fallgruppen)
 - Ansatz: Spezifische Kodierrichtlinien für Fachbereich
- Problem #2: Prozeduren – mit wenigen Ausnahmen – nicht gruppen-, aber schweregraddifferenzierend
 - Ansatz: Weitere Spezifizierungen im OPS-G, Behandlungs-module/-standards fachspezifisch festlegen, Prozessoptimierung
- Problem #3: Prozeduren nicht gruppierungs- und damit nicht bewertungsrelevant
 - Ansatz: Spezifische Detailanalysen zur Varianzreduktion, Einbringen in DRG-Weiterentwicklung (InEK)
- Problem #4: Verlegungsregel führt geriatrische Fälle überwiegend in die sog. „Finanzierungslücke“
 - Ansatz: Vollständige Kalkulation der Geriatriedaten, Einbringen in DRG-Weiterentwicklung (InEK): z.B. eigene DRG oder eigene Schweregradstufe (OPS-getriggert)

Conditio sine qua non

- Konzertierte Aktion aller Fachgesellschaften, Interessenvertretungen und institutionalisierten Arbeitsgruppen der Geriatrie auf allen Ebenen
 - Wissenschaftlich
 - Ökonomisch/betriebswirtschaftlich
 - Klinisch
 - Politisch
 - Juristisch
- Denn: Die Lösung der DRG-Probleme der Krankenhausgeriatrie ist keine Aufgabe einer DRG-Arbeitsgruppe, sondern eine des gesamten Fachbereiches

Konzertierte DRG-Aktion

- Maximierung der aufgewendeten Ressourcen
(bislang: ½ Arztstelle in 2002 aus BAG-Mitteln)
- Ergebnisorientierte Zusammenarbeit der Vorstände mit den Entscheidungsträgern auf allen Ebenen (Landespolitik, Bundespolitik, Selbstverwaltung, AWMF, DIMDI)
- LÖSUNG der geriatric-intern seit Jahren diskutierten Problembereiche
 - Ergebnisorientierte Arbeitsgruppen - Themen:
 - Operationalisierbare Definition des geriatrischen Patienten
 - Operationalisierbare Abgrenzung Akut/Reha
 - Geriatrische Behandlungspfade / -leitlinien / -standards
 - Operationalisierbare Kriterien geriatrischer Behandlungsqualität
 - Fallpauschalen in der geriatrischen Rehabilitation
 - DRG-Folgenabschätzung (ambulante med.-pfl. Versorgung)

Fazit

- Die zentralen Probleme liegen bereits relativ gut umrissen auf dem Tisch
- Die Geriatrie verfügt über die fachliche Kompetenz (und Verpflichtung), sie zu lösen
- Tut (kann) sie es nicht, dann wird gelöst („Lösungen schaffen statt Probleme bejammern“) – das Problem der Geriatrie ist ein grundsätzliches Problem der Krankenhäuser in Zukunft
- DRGs sind quasi „Oberliga“ – hic Rhodos, hic salta!

Wir bedauern, Ihnen (derzeit) keine bessere Mitteilung machen zu können und verbleiben mit einem

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !