

Problemanalyse und Lösungsvorschlag zur Abbildung der frührehabilitativen Geriatrie im G-DRG-System ab 2004

DRG-Projektgruppe der BAG, DGGG und DGG

M. Borchelt, N. Wrobel & L. Pientka

im Auftrag der
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG)
Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)
zur Einreichung beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems 2003

31. März 2003

Version 1.12

INHALTSVERZEICHNIS

Zur Problematik der sachgerechten Abbildung geriatrischer Patienten im DRG System	3
Falldefinition in Australien	3
Falldefinition der deutschen Geriatrie	4
Problemstellung	5
Geriatrische Fälle und zugeordnete Fallgruppen: Unterscheidungsmerkmale.....	6
Stichprobe der BAG Geriatrie	7
Unterscheidungsmerkmal Alter	7
Unterscheidungsmerkmal Komplexitätsgrad (PCCL).....	9
Unterscheidungsmerkmal Verweildauer	10
Zwischenfazit: Kernelemente des klassifikatorischen Problems	12
Kernelemente des ökonomischen Problems	13
Merkmale der geriatrischen Problem-DRG I68A.....	15
Erlössimulation für Verlegungsfälle am Beispiel der Problem-DRG I68A	16
Lösungsansatz und -vorschlag: Abgestufte Systemanpassung mittels Interimskatalog	19
Anwendungsbereich des Katalogs für die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung .	21
Abrechnungstechnische Problemkonstellationen	23
Interne Verlegung in eine Fachabteilung für Geriatrie	23
Teilstationäre geriatrische Behandlungsleistungen.....	26
Anhang: Problembeschreibungen zu Einzelfallgruppen (Datenbasis: Fachkliniken)	28
B63Z Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	28
B67A Degenerative Krankheiten des Nervensystems m. äußerst schweren oder schweren CC	28
B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	29
B70B Apoplexie mit anderen CC	29
B70C Apoplexie ohne andere CC	29
B81A Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	29
B81B Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne äußerst schwere oder schwere CC	30
E62A Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane	30
F21A Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem mit äußerst schweren CC oder Alter > 64Jahre ohne äußerst schwere CC	30
F62A Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	31
F62B Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	31
F65A Periphere Gefäßkrankheiten mit äußerst schweren oder schweren CC	31
G60A Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	32
I28A Andere Eingriffe am Bindegewebe mit CC	32
I62A Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC	32
I62B Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC	32
I62C Frakturen an Becken und Schenkelhals ohne äußerst schwere oder schwere CC	32
I69A Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	33
I71A Muskel- und Sehnenerkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC	34
I75A Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk, Alter > 64 Jahre mit CC	35
Literatur	37

Zur Problematik der sachgerechten Abbildung geriatrischer Patienten im DRG System

Das G-DRG-System in der Version 1.0 entspricht noch weitgehend dem australischen AR-DRG-System der Version 4.1, von dem es übernommen wurde. Insgesamt konnten 22 DRG's für die erste deutsche Version nicht kalkuliert werden, während zugleich drei DRG's im Zuge der Erstkalkulation neu gebildet wurden.

Während die Systematik nach der Kalkulation damit weitgehend erhalten geblieben ist, gilt dies nicht für das Verhältnis der Bewertungsrelationen zueinander. Das Systemgefüge hat sich deutlich verändert. Die bereits relativ ausdifferenzierten australischen Bewertungsrelationen der Version 4.1 wurden im Zuge der Erstkalkulation an verschiedenen Stellen gestaucht (Kompressionseffekt) und verzerrt (Fehlkodierungen): Die relativen Abstände der Fallgruppen untereinander haben sich dysproportional verändert, weil die Effekte auf verschiedene Fallgruppen unterschiedlich eingewirkt haben. Dies wirkt sich auf komplexere Fälle und Leistungen stärker aus als auf andere Fälle. Und das wird zunächst auch noch weiter so sein, bis die Anfangsphase der DRG-Einführung in Deutschland bewältigt ist. Eine sachgerechte Abbildung der Geriatrie bis 2007 wird schon deshalb schwierig zu bewerkstelligen sein, da sie vorrangig komplexe Fälle behandelt. Hinzu kommt, dass das übernommene australische System nicht auf eine fallpauschalierte Vergütung der komplexen geriatrischen Leistung ausgelegt ist.

Falldefinition in Australien

In Australien wird die spezifisch geriatrische Behandlung – dort im Sinne einer früh-postakuten oder subakuten (Anschluss)-Behandlung geriatrischer Patienten – zwar nicht mit DRG's abgerechnet, gleichwohl wird jedoch auch in Australien die Akutbehandlung geriatrischer Patienten zunächst über das AR-DRG-System vergütet.

Der Übergang von der akut- / organ- / intensivmedizinischen zur früh-postakuten (subakuten) Behandlung in Australien wird für geriatrische Patienten mittels relativ weicher Kriterien letztlich von den behandelnden Ärzten im Einzelfall definiert. Dies geschieht durch einen Wechsel des „Care Type“, der dann zugleich das Ende einer DRG-Episode markiert. Formal wird dieser Abschluss der DRG-Episode durch eine „Reklassifikation“ im Sinne einer statistischen Entlassung abgebildet, die nicht einer Entlassung aus dem Krankenhaus, sondern einer Entlassung aus dem fallpauschalierten Finanzierungssystem der DRG's entspricht. Der sich an die „Reklassifikation“ anschließende weitergehende Behandlungsgang wird aus anderen, zusätzlichen Mitteln finanziert und nicht mehr aus dem DRG-Budget. Die aktuelle australische Definition des geriatrischen Care Types lautet wie folgt:

Care Type 4.0: Geriatric evaluation and management (AR-DRG v4.x)

Geriatric evaluation and management is care in which the clinical intent or treatment goal is to maximise health status and/or optimise the living arrangements for a patient with multi-dimensional medical conditions associated with disabilities and psychosocial problems, who is usually (but not always) an older patient. This may also include younger adults with clinical conditions generally associated with old age. This care is usually evidenced by multi-disciplinary management and regular assessments against a management plan that is working towards negotiated goals within indicative time frames.

Geriatric evaluation and management includes care provided:

- in a geriatric evaluation and management unit; or
- in a designated geriatric evaluation and management program; or
- under the principal clinical management of a geriatric evaluation and management physician or, in the opinion of the treating doctor, when the principal clinical intent of care is geriatric evaluation and management. (National Health Data Dictionary, Australian Institute of Health and Welfare, 2000)

Tab. 1: AR-DRG V4.2 – Top-15 DRG's mit Reklassifikationsrate > 10%

DRG	Description	70 years plus	To Acute Hosp	To Nursg Home	Reclassified	% in dt. Geriatrie
F11B	Amputation for Circ System Except Upper Limb and Toe W/O Catastrophic CC (Surgical)	70,91	31,02	10,53	24,38	
B70A	Stroke W Severe or Complicating Diagnosis/Procedure (Medical)	76,80	19,53	9,80	24,22	17,4
F11A	Amputation for Circ System Except Upper Limb and Toe W Catastrophic CC (Surgical)	73,06	27,60	15,21	21,16	
I07Z	Amputation (Surgical)	40,71	20,95	5,93	20,55	
I62A	Fractures of Pelvis and Femoral Neck W Catastrophic CC (Medical)	90,73	26,06	10,80	20,31	8,0
B70B	Stroke W Other CC (Medical)	65,43	15,67	4,06	17,99	9,8
I08A	Other Hip and Femur Procedures W Catastrophic or Severe CC (Surgical)	79,85	33,00	12,06	17,87	
B67A	Degenerative Nervous System Disorders W Catastrophic or Severe CC (Medical)	59,47	14,43	11,94	17,00	4,9
I03B	Hip Replacement W Cat or Severe CC or Hip Revision W/O Cat or Severe CC (Surgical)	73,46	27,59	7,07	16,63	
B63Z	Dementia and Other Chronic Disturbances of Cerebral Function (Medical)	83,42	9,93	20,43	16,15	3,9
I04A	Knee Replacement and Reattachment W Catastrophic CC (Surgical)	66,58	17,98	0,93	15,18	
I08B	Other Hip and Femur Procedures Age>54 W/O Catastrophic or Severe CC (Surgical)	84,99	37,04	9,95	15,06	
I62B	Fractures of Pelvis and Femoral Neck W Severe CC (Medical)	80,96	36,54	8,79	14,42	7,4
I03A	Hip Revision W Catastrophic or Severe CC (Surgical)	73,79	30,28	4,07	13,99	
I73A	Aftercare of Connective Tissue Disorders Age>59 W Catastrophic or Severe CC (Medical)	82,68	18,37	6,78	13,86	

Die neueren australischen Daten (AR-DRG V4.2) zeigen, dass in bestimmten Fallgruppen sowohl die Verlegungsrate (zwischen Akutkrankenhäusern) als auch die Reklassifikationsrate hoch ist (Tab. 1). Diese Konstellation zeigt an, dass die Gesamtkosten dieser Behandlungsfälle nicht mit einer einzelnen Fallpauschale gedeckt werden. Sehr oft erfolgt bereits während der Akutbehandlung zunächst die zwei- oder mehrmalige Abrechnung einer „Fallpauschale“, bevor – ebenfalls häufig – dann ein Wechsel des Care Type erfolgt, wodurch ein zusätzliches, nicht DRG-basiertes Entgelt ausgelöst wird.

Unter den 15 AR-DRG's mit der höchsten Reklassifikationsrate (d.h. im übertragenen Sinne mit der größten Häufigkeit zusätzlicher Entgelte außerhalb der DRG-Vergütung) sind bereits sechs DRG's, die zusammengenommen etwa 50% aller Fälle in der deutschen Geriatrie ausmachen. Gleichzeitig gehen geriatrische Fälle der Basis-DRG I62 zumeist auf Fälle aus der I03 und I08 (chirurgische Intervention am Hüftgelenk und Femur) zurück, die beide ebenfalls in der Tabelle vertreten sind. Dies weist darauf hin, dass in Deutschland ein mit Blick auf die Geriatrie durchaus ähnliches Problem der sachgerechten Abbildung vorliegt. Hierzulande markiert – von einigen landesspezifischen Besonderheiten abgesehen – die fachgeriatrische Krankenhausbehandlung zumeist den definitiven Abschluss einer akutmedizinischen Behandlungsphase für ältere und multimorbide Patienten mit komplexem Krankheitsbild. Im Verlauf der geriatrischen Frührehabilitation entscheidet sich, ob ein Patient in die eigene Häuslichkeit zurückkehren kann oder nicht – derzeit entscheidet sich dies noch in über 70% der Fälle in positivem Sinne.

Falldefinition der deutschen Geriatrie

Hierzu wird auf die Anfang 2003 entwickelten „Abgrenzungskriterien der Geriatrie“ in der Anlage verwiesen. Der gemeinsame Entwurf der Fachvertretungen sieht vor, im Vergleich zu Australien eine genauere und anhand operationalisierbarer Kriterien auch überprüfbare Falldefinition zu entwickeln. Die bisherigen Ergebnisse des Abstimmungsprozesses ermöglichen

es bereits, den DRG-Problembereich der Geriatrie auf die geriatrische Frührehabilitation zu fokussieren (Übersicht 1).

Übersicht 1: Geriatrie - Abgrenzungsbereiche und Begriffsbestimmungen

	DISZIPLINEN				
Kriterien:	angrenzende Reha-Disziplinen	Geriatrie			angrenzende Akut-Disziplinen
Patient	Nicht-geriatrisch	Pat. mit geriatritypischer Multimorbidität ^{Tab. 1} , in der Regel 70 Jahre alt oder älter			Nicht-geriatrisch
Rehabedürftigkeit	rehabedürftig	rehabedürftig ^{B-3}		(noch) nicht rehabedürftig ^{B-3}	(noch) nicht rehabedürftig
Indikation	indikationsspezifisch rehabefähig mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	rehabefähig ^{B-6} mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	eingeschränkt ^{B-6} oder nicht rehabefähig ^{B-7} oder rehabefähig mit unsicherer Prognose bzw. unsicherer Zielsetzung	Indikation zur KH-Behandlung nach § 39 SGB V; nicht (früh-)rehabefähig ^{B-8}	kurative oder palliative Indikation zur Akutbehandlung im KH
Art der Behandlung	Indikationsspezifische Rehabilitationsbehandlung	Geriatrische Rehabilitation	"Akutgeriatrie"		Akut-/Intensivbehandlung ggfs. mit funktionsorientierter Physiotherapie
			Geriatrische Frührehabilitation	Geriatrische Akutbehandlung	

Erläuterungen: s. Anlage „Abgrenzungskriterien der Geriatrie“

Nicht-rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten mit Bedarf an geriatrischer Akutbehandlung werden voraussichtlich im allgemeinen DRG-Modell ausreichend abgebildet und sachgerecht vergütet werden können. „Reine“ Rehabilitationspatienten, die eine indikationsübergreifende geriatrische Rehabilitation auf Basis von § 40 SGB V erhalten, sind von vornherein außerhalb des DRG-Bereichs zu vergüten. Alle DRG-Problemanalysen und Lösungsbemühungen können und müssen sich damit auf den Bereich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung konzentrieren, die auf Basis von § 39 SGB V an Fachkrankenhäusern und Krankenhausfachabteilungen für Geriatrie erbracht wird.

Problemstellung

Geriatrische Patienten, die zum Abschluss einer akutmedizinischen Episode (infolge Schlaganfall, Schenkelhalsfraktur, akutem Delir, Amputation etc.) in die spezialisierte fachgeriatrische Behandlung kommen, stellen jeweils einen bestimmten Teil der Fälle einer Fallgruppe dar. Dieser Teil entspricht dabei einer Selektion überwiegend solcher Fälle, die ein deutlich erhöhtes Komplikations- und Verweildauerrisiko aufweisen. Es sind eher die älteren und immobileren, eher die Patienten mit multiplen Komorbiditäten und mit zusätzlichen somatopsychischen und psychosozialen Problemen und Risiken. So betrachtet sind es eher die Patienten, die hinsichtlich mehrerer Eigenschaften vom jeweils rechten Rand der Merkmalsverteilungen stammen.

Die Krankenhausgeriatrie in Deutschland soll nun ebenfalls fallpauschaliert vergütet werden. Dies erscheint prinzipiell durchaus möglich, da alle in der Geriatrie behandelten Patienten formal bestimmten Fallgruppen zugeordnet werden können und der spezifische Behandlungsansatz der Geriatrie auch prozedural definierbar ist. Alter und Komorbidität werden vom System bei der Gruppierung ebenfalls berücksichtigt.

Wenn die Geriatrie jedoch aufgrund ihrer Spezialisierung überwiegend die jeweils schwerer betroffenen, älteren, multimorbiden Fälle abschließend übernimmt und zugleich mit den vorausgegangenen Behandlungsepisoden um dieselben DRG konkurrieren muss, dann kann die

Konstruktion quasi systemimmanent nicht aufgehen. Das wesentliche – und ohne tiefgreifendere Systemeingriffe auch einzige – Unterscheidungsmerkmal aus DRG-System-Perspektive ist derzeit die spezialisierte geriatrische Prozedur (OPS 8-550). Die Merkmale Alter und Komorbidität (PCCL) kommen stets bereits in der vorausgegangenen Episode ökonomisch zum Tragen. Die mit diesen beiden Merkmalen verbundenen Risiken wirken sich im Gesamtverlauf aber vor allem in der Behandlungsphase aus, die zuletzt die Aufgabe hat, die Krankensepisode insgesamt zum Abschluss zu bringen. Sie wirken sich dabei insbesondere auf die Verweildauer und den notwendigen Personaleinsatz aus.

Hierzulande ist die frührehabilitative Geriatrie neben der Schlaganfall- und Frakturbehandlung insbesondere auf den schwierigen Fallabschluss nach komplizierter organmedizinischer Intervention spezialisiert, auf einen Fallabschluss, zu dessen effektiver und effizienter Bewältigung ein multiprofessionelles Team ebenso gehört wie ein ganzheitlicher Behandlungsansatz einschließlich Schnittstellenmanagement und Angehörigenberatung. Aufgrund dieses spezialisierten Behandlungsangebots, werden gerade Patienten mit diesbezüglich besonderem Versorgungsbedarf in die Geriatrie verlegt. Würde die Geriatrie mit ihrer spezialisierten Leistung ungeschützt – das heißt ohne jede abrechnungsrelevante Bewertung dieser Leistung – in das letzte budgetneutrale Jahr vor 2005 entlassen, so wären Konsequenzen für die vorgehaltenen Versorgungsstrukturen unmittelbar zu befürchten.

Die wirtschaftliche Ausgangslage der Krankenhäuser erscheint hierzulande heute zu schlecht und ihre Zukunft erscheint zu unsicher, als das man sicher sein könnte, nicht befürchten zu müssen, dass Träger geriatrischer Einrichtungen aus ökonomischen Erwägungen heraus frühzeitig Konsequenzen aus einer fortgesetzten Abrechnungsirrelevanz der angebotenen geriatrischen Leistung ziehen würden, was später dann mit entsprechendem finanziellen Aufwand wieder repariert werden müsste.

Es ist deshalb notwendig, sich die besonderen Risiken der Geriatrie genauer vor Augen zu führen. Was charakterisiert die Patientengruppen, die im australischen System in den letzten 3 Jahren konstant zu etwa 14 bis 24% im Rahmen der abschließenden Behandlung aus dem DRG-System herausgenommen wurden? Die Größenordnung der Reklassifikation wird zwar aus den veröffentlichten klinischen Profilen zu den AR-DRG ersichtlich (vgl. Tab.1), sie kann jedoch nicht auf dieser Grundlage näher analysiert werden – wohl aber auf der Grundlage der DRG-Daten deutscher Geriatrien aus dem Jahr 2002.

Geriatrische Fälle und zugeordnete Fallgruppen: Unterscheidungsmerkmale

Eine entscheidende Frage ist, welchen Fallgruppen geriatrische Patienten derzeit zugeordnet werden sowie ob und wie sich geriatrische Fälle von diesen Fallgruppen im Mittel unterscheiden. Die Zuordnung geriatrischer Patienten zu einer Fallgruppe erfolgt derzeit fast ausnahmslos auf Basis der Hauptdiagnose, des Alters sowie des PCCL. Prozeduren sind – abgesehen vom chirurgischen Wunddebridement und Endoskopien bei Schlaganfallpatienten – für die Gruppierung geriatrischer Patienten weitgehend irrelevant. Die Systemkonstruktion ist insbesondere dahingehend zu überprüfen, ob Alter und PCCL innerhalb der vorwiegend von der Hauptdiagnose angesteuerten Basis-DRG sinnvolle und ausreichende Kriterien sind, um unterschiedlich aufwändige geriatrische Patienten untereinander und gegenüber anderen Patienten zu differenzieren. Der Aufwand in der Geriatrie kann dabei derzeit nur näherungsweise über die Verweildauer geschätzt werden.

Um erste Hinweise darauf zu erhalten, ob und wie sehr sich geriatrische Patienten vom Durchschnitt der Fallgruppen unterscheiden, denen sie zugeordnet werden, können zunächst geriatrisch-frührehabilitativ behandelten Fallgruppen hinsichtlich Alter, PCCL und Verweildauer den Fallgruppen des Projektberichts zur Erstkalkulation gegenüber gestellt werden. Es

wird hierzu auf die Geriatriestichprobe der BAG zurückgegriffen, die aus Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Geriatrie besteht, die sich an der externen Qualitätssicherung der BAG (GEMIDAS) beteiligen.

Stichprobe der BAG Geriatrie

Der GEMIDAS-Datensatz wurde im April 2002 insbesondere um die Prozedurendokumentation erweitert und damit grundsätzlich DRG-kompatibel gemacht. Ebenfalls aufgenommen wurden weitere Merkmale zur Fallgeschichte, teils aus Gründen der Kompatibilität (z.B. Veranlassung der Aufnahme), teils aus Gründen der Ermöglichung von Vergleichsanalysen (z.B. Datum der letzten OP).

Eine rasche und ausreichend vollständige Umsetzung der GEMIDAS-Anpassungen bis Mitte 2002 mit nachfolgenden stabilen Fallzahlen wurde von n=5 Fachkrankenhäusern und n=12 Fachabteilungen für Geriatrie erzielt. Die Stichprobe der Fach-KH umfasst insgesamt 5.523 Fälle, die der Fachabteilungen 3.888 Fälle (insgesamt 9.411 Fälle). Die Daten wurden Anfang März 2003 mit dem zertifizierten Grouper der Firma VisasysDE klassifiziert (GDrGroup V1.0) und nach den von der DRG Research Group Münster entwickelten Definitionen in klinischen Profilen ausgewertet.

Unterscheidungsmerkmal Alter

Das Alter stellt im australischen DRG-System eine sehr bedeutsame Gruppierungsvariable dar. Es gibt in den Versionen 4.1 und 4.2 jeweils insgesamt 122 AR-DRG's, die nach Alter gesplittet werden. Davon fallen 26 in die chirurgische und 94 in die medizinische Partition. Bisweilen wird allein aufgrund dieser Tatsache schon argumentiert, dass die AR-DRG besonders geriatrietauglich oder gar „geriatriefreundlich“ seien. Das kann jedoch nicht ohne weiteres gefolgert werden: Zum einen werden geriatrische Patienten nicht primär über das Alter definiert und zum anderen gibt es tatsächlich fast keine nach Alter gesplitteten DRG in der Geriatrie.

Unter den häufigsten 20 DRG's der Geriatrie (Tab. 2), die 61% der Patienten in der Geriatrie ausmachen, gibt es nur vier Basis-DRG's (I75, I68, I69 und I71), die einen Alterssplitt aufweisen, von denen allerdings zwei nicht zwischen typisch geriatrischen Patientengruppen differenzieren können, da der Cutoff jeweils vor dem Alter von 70 Jahren liegt (I75, I71). Dem entsprechend ist der Anteil der über-75jährigen Patienten in den Fallgruppen der Geriatrie (BAG-Stichprobe) höher als in den entsprechenden Fallgruppen der Gesamtstichprobe (Erstkalkulation).

In den Geriatrien ist in vier der 20 häufigsten DRG's (B81A, B81B, I28A und G60A, vgl. Abb. 1) der Anteil hochaltriger Patienten mehr als doppelt (bis zu achtmal) so hoch im Vergleich zur Stichprobe der Erstkalkulation. Zusätzlich findet sich auch in der DRG I68A ein deutlich höherer Anteil über74-jähriger Patienten in den Geriatrien. In den meisten anderen der 20 häufigsten DRG's der Geriatrie unterscheidet sich der Anteil 75jähriger und älterer Patienten weniger deutlich von dem in den entsprechenden Fallgruppen der Erstkalkulation beobachteten Anteil.

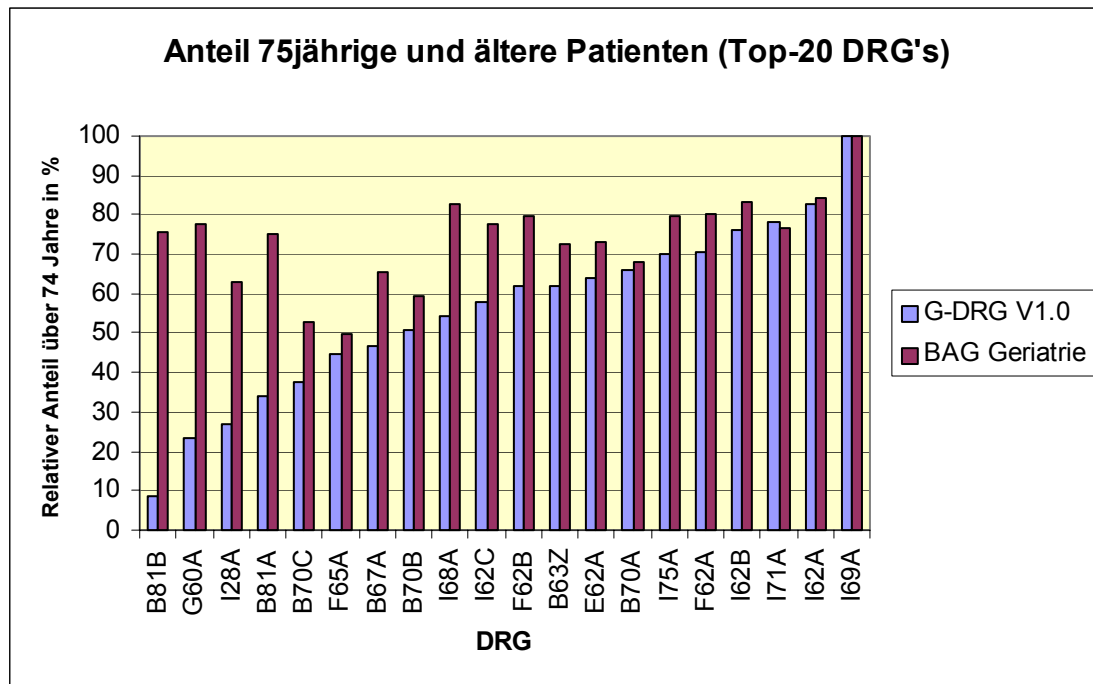
Damit ist das Alter als gruppierungsrelevantes Merkmal für geriatrische Patienten bereits von untergeordneter Bedeutung. Neben der Hauptdiagnose bleibt damit nur noch der PCCL als entscheidendes Gruppierungsmerkmal übrig.

Tab. 2: Die 20 häufigsten DRG's in der Geriatrie: Alterssplits und PCCL-Bereiche

DRG	Bezeichnung	Alterssplit	PCCL-Bereich	Fallzahl Geriatrie	Fallzahl G-DRG V1.0
B70A	Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur	N	0-4	1.003	2.389
B70B	Apoplexie mit anderen CC	N	2-4	563	3.036
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	522	216
I62A	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC	N	4	458	214
I62B	Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC	N	3	426	282
I75A	Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk, Alter > 64 Jahre mit CC	>64	2-4	329	534
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne Schmerztherapie/Myelographie, Alter < 75 Jahre mit CC oder Alter > 74 Jahre	< > 75	0-4	316	2.640
B67A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	279	766
I62C	Frakturen an Becken und Schenkelhals ohne äußerst schwere oder schwere CC	N	0-2	278	768
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC	N	4	233	2.018
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion	N	0-4	223	888
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	N	0-3	179	5.510
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	140	1.239
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC	>74	3-4	138	284
E62A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC	N	4	133	1.941
I28A	Andere Eingriffe am Bindegewebe mit CC	N	2-4	127	316
I71A	Muskel und Sehnenerkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC	>69	2-4	111	60
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC	N	3-4	107	2.218
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne äußerst schwere oder schwere CC	N	0-2	103	817
B70C	Apoplexie ohne andere CC	N	0-1	83	2.144
	GESAMT			5.751	28.280
	Prozent der Stichprobe			61,1%	5,7%

Gesamt: 17 Krankenhäuser, 9.411 Fälle

Abb. 1: Prävalenz hochaltriger Patienten – Geriatrie vs. Erstkalkulation



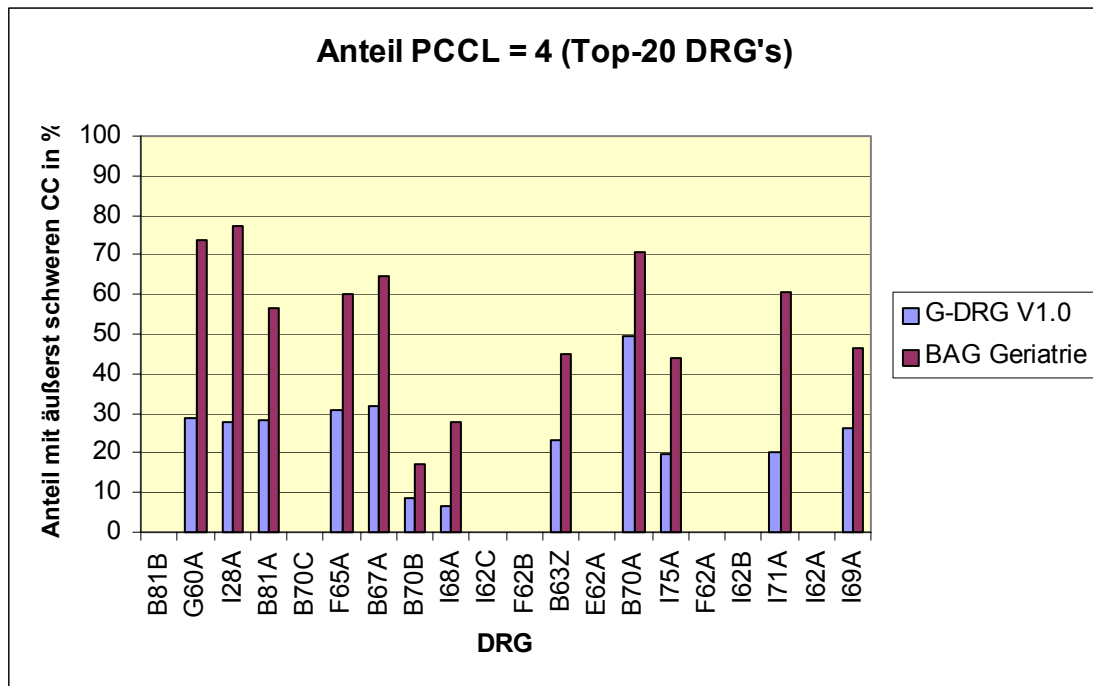
Unterscheidungsmerkmal Komplexitätsgrad (PCCL)

Mit Ausnahme der B63Z, B70A und I68A ist der PCCL in allen übrigen der 20 häufigsten DRG's der Geriatrie auf die eine oder andere Weise gruppierungsrelevant. Der PCCL erscheint dabei zur Zeit noch als der „geriatriischste“ unter den gruppierungsrelevanten DRG-Indikatoren, da er zumindest einen Teil der geriatrietypischen Multimorbidität abdeckt. Vier der häufigsten DRG's in der Geriatrie werden entweder ausschließlich mit einem PCCL = 4 (I62A, F62A, E62A) oder einem PCCL = 3 (I62B) angesteuert, die übrigen können variable PCCL-Werte aufweisen, wobei in den drei erstgenannten Fallgruppen – B70A, I68A und B63Z – prinzipiell alle PCCL-Stufen vorkommen können (Tab. 2).

Sieht man von den vier DRG's ohne PCCL-Variabilität ab (I62A, I62B, F62A, E62A), dann zeigt ein Vergleich zwischen geriatriischen Fallgruppen und den korrespondierenden Fallgruppen der Erstkalkulationsstichprobe, dass die Geriatriestichprobe in fast allen DRG's eine mehr als doppelt so hohe Prävalenz des höchsten Komplexitätsgrades (PCCL = 4) aufweist (Abb. 2).

Diese Datenlage stützt die Annahme, dass die Geriatrie in den meisten der hier betrachteten Fallgruppen kein Durchschnittsspektrum, sondern vorrangig die komplexen Fälle mit schwerer wiegenden Komplikationen oder höhergradigen Begleiterkrankungen behandelt. Sie wird perspektivisch jedoch nur in einigen wenigen Fallgruppen in der Lage sein, diese von den Fallzahlen her auch zu dominieren und so einen entsprechenden Einfluss auf das Fallgewicht selbst auszuüben (möglicherweise z.B. in der B81A, I62A, I62B). Die meisten Fallgruppen mit breiterer PCCL-Variabilität werden in ihrem Fallgewicht vorwiegend von nicht-geriatriischen, im Mittel weniger komplexen Fällen bestimmt werden, was eine spezialisierte Behandlung beispielsweise der geriatriischen Patienten in der Fallgruppe I68A sehr schnell defizitär werden lassen könnte. Diese Fallgruppe wird weiter unten diesbezüglich exemplarisch näher analysiert.

Abb. 2: Prävalenz äußerst schwerer Komplikationen und Komorbiditäten im Vergleich



Unterscheidungsmerkmal Verweildauer

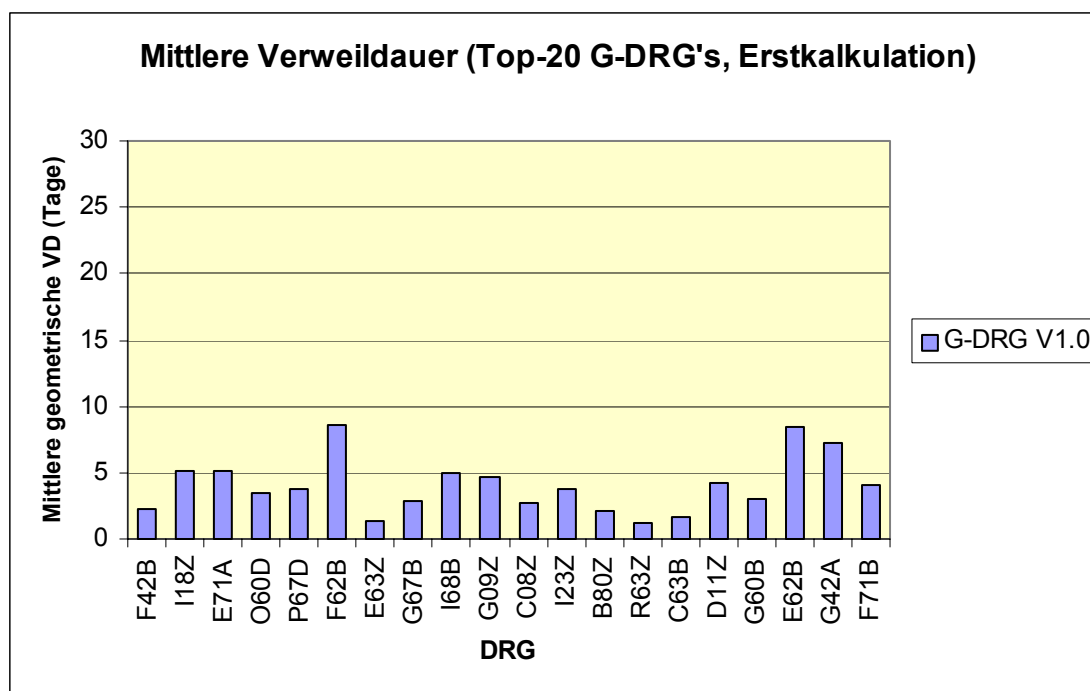
Die Geriatrie wird bisweilen unter den Generalverdacht gestellt, dass sie unnötig überlange Verweildauern produziere. Als ein Verdachtsmoment wird oft der rehabilitativ geprägte, ganzheitliche Behandlungsansatz der Geriatrie angesehen. Es kommt jedoch im Gegenteil zumeist eine akutmedizinische Versorgung geriatrischer Patienten per se nicht ohne funktionelle Therapie und psychosoziales Management aus. Dies gilt umso mehr, je intensiver, invasiver und längerdauernd die initial notwendige organmedizinische Intervention ausgefallen ist.

Betrachtet man zunächst die insgesamt häufigsten 20 DRG's der Erstkalkulation unabhängig von der Geriatrie, dann zeigen sich zumeist mittlere geometrische Verweildauern unter 6 Tagen (Abb. 3). Unter diesen 20 DRG's sind drei B-DRG's (F62B, G60B, I68B), deren zugehörige A-Gruppe jeweils mit zu den häufigsten 20 DRG's der Geriatrie zählt.

Betrachtet man nun für die Kalkulationsstichprobe die mittleren Verweildauern in den 20 häufigsten DRG's der Geriatrie, dann zeigt sich, dass diese in der Erstkalkulationsstichprobe bereits im Mittel zwei- bis dreimal länger ausfallen und zwischen 10-15 Tagen liegen (Abb. 4). Dabei ist zu berücksichtigen, dass in der Erstkalkulationsstichprobe insgesamt nur zwei geriatrische Fachkliniken vertreten waren. Die bereits deutlich längeren Verweildauern in diesen Fallgruppen der Erstkalkulation wurden also überwiegend außerhalb geriatrischer Kliniken beobachtet.

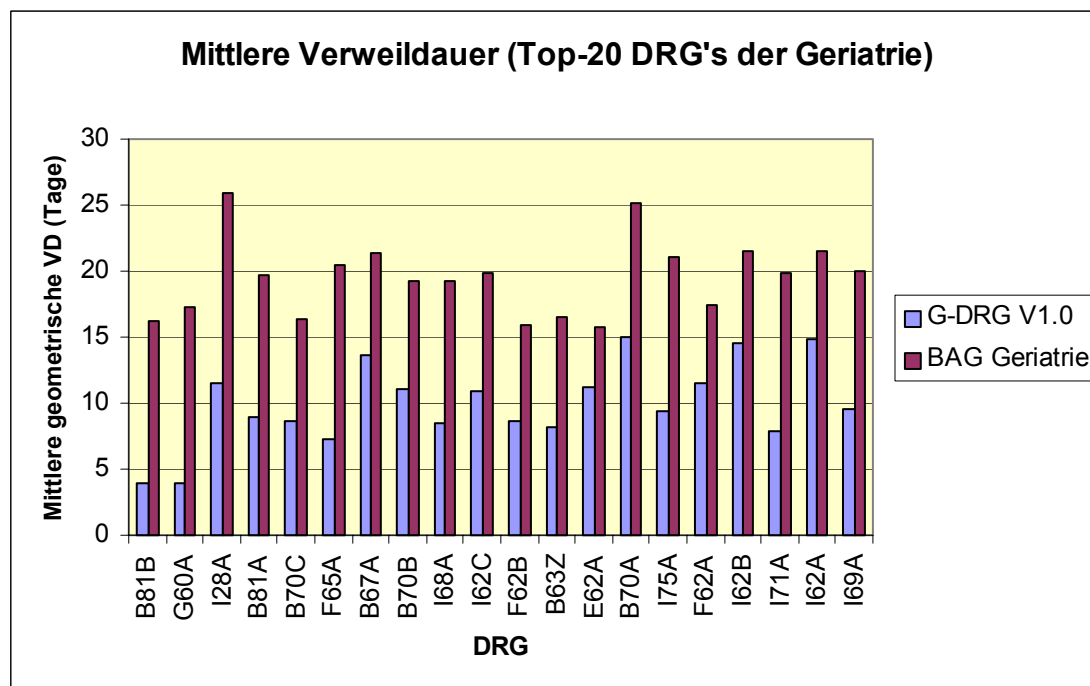
Ein Vergleich mit den Verweildauern derselben Fallgruppen in der Geriatriestichprobe zeigt schließlich eine in allen geriatrischen Gruppen noch einmal längere mittlere Verweildauer. Allerdings variieren dabei die fallgruppenspezifischen Mittelwertdifferenzen deutlich. Wenig diskrepant sind sie beispielsweise in der I62A, I62B, E62A und F62A, demgegenüber lassen sich ausgeprägte Verweildauerunterschiede vor allem in der I28A, B81A, B81B, F65A G60A, I68A, B70A und in der I71A ausmachen.

Abb. 3: Mittlere geometrische Verweildauer in den Top-20 G-DRG's der Erstkalkulation



Ein Blick auf Abb. 2 zeigt, dass gerade in diesen Gruppen zumeist auch ebenso deutliche Prävalenzunterschiede hinsichtlich der höchsten Komplexitätsstufe (PCCL = 4) bestehen. Gerade in diesen Gruppen sind es wiederum die besonders komplex gelagerten Fälle, die eine spezialisierte geriatrische frührehabilitative Therapie benötigen und eine entsprechend längere Verweildauer aufweisen.

Abb. 4: Mittlere geometrische Verweildauer in den Top-20 DRG's der Geriatrie



Bezogen auf die Verweildauerverteilung handelt es sich bei den geriatrischen Patienten im Vergleich zur Gesamtstichprobe um eine Selektion vom rechten Rand der Verteilung, die mit dem erhöhten Komplexitätsgrad (PCCL, Abb. 2) durchaus im Ansatz erklärbar ist. Ein syste-

matischer Zusammenhang zwischen den Splitkriterien einer DRG und der beobachteten Verweildauerdiskrepanz ist jedoch weder für den PCCL noch für das Alter unmittelbar erkennbar. Unter den Gruppen mit der größten Verweildauerdiskrepanz gibt es sowohl solche mit engem als auch mit weitem PCCL-Bereich. Eine Ausnahme bilden nur die vier DRG's, deren Definition keinerlei PCCL-Variabilität zulässt. In diesen DRG's sind die Verweildauerdiskrepanzen am geringsten (I62A, I62B, F62A und E62A).

Insbesondere im Zusammenhang mit den erstgenannten Fallgruppen, die eine größere PCCL-Variabilität zulassen, wird deutlich, dass für eine aufwandsgerechtere Differenzierung auf das momentan einzige noch verbleibende Unterscheidungsmerkmal – die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) – zurückgegriffen werden muss: Dieses Merkmal wird für eine sachgerechte Abbildung der geriatrischen Patienten in diesen Fallgruppen definitiv benötigt.

Anders als es zum Beispiel australische Profile zulassen, gilt nachweislich mehrerer Studien, darunter internationale wie nationale, epidemiologische wie sorgfältig kontrollierte klinische Studien einschließlich mehrerer Meta-Analysen, dass es der Geriatrie in den letzten zehn Jahren gelungen ist, eine evidenzbasierte, effektive und effiziente Behandlung zu etablieren, die in Deutschland mittlerweile in der Lage ist, nach im Mittel nur 20 bis 25 Tagen 70% der behandelten hochaltrigen, multimorbiden, zum Teil bei Aufnahme funktionell schwer eingeschränkten Patienten wieder in die eigene Häuslichkeit zu entlassen¹⁻⁸. Das bedeutet: Mit dem Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung ist zum überwiegenden Teil auch das Ende der Akutbehandlung erreicht. Dieser Fallabschluss steht zumeist gleichzeitig auch für den Fallkostenabschluss – und nicht nur für den DRG-Fallkostenabschluss wie vielfach in Australien in den hier benannten Fallgruppen (vgl. Tab. 1).

Zwischenfazit: Kernelemente des klassifikatorischen Problems

Im Hinblick auf vorhandene und verwendete Fallattribute stellt sich das klassifikatorische Problem der G-DRG V1.0 für geriatrische Patienten zusammenfassend derzeit wie folgt dar:

- Geriatrische Patienten stellen grundsätzlich eine besondere, selektierte Risikogruppe dar; die Risikoselektion drückt sich im höheren Durchschnittsalter und im durchschnittlich höheren Komplexitätsgrad aus; der höhere Aufwand spiegelt sich in der durchschnittlich längeren Verweildauer wider
- Die frührehabilitative Geriatrie ist auf die personalintensive Behandlung dieser besonderen Risikogruppe spezialisiert, d.h. sie akkumuliert in ihrer indikationsübergreifenden Fallstruktur die besonderen Risiken dieser Patientengruppe, die in sich homogener ist, als die Vielzahl der zugewiesenen DRG-Fallgruppen vermuten lässt (Problem der organmedizinisch definierten Hauptdiagnose); diese besondere Fallstruktur muss sich im Casemix der frührehabilitativen Geriatrie grundsätzlich abbilden lassen
- Derzeit ist unter den DRG's der frührehabilitativen Geriatrie allerdings fast keine auf die Selektionsmerkmale geriatrischer Patienten hin fokussiert: Unter den 20 häufigsten sind 16 DRG's, bei denen das Alter überhaupt keine Bedeutung für die Fallgruppendefinition hat, sowie 10 DRG's, die nach Definition mehr als 2 Komplexitätsstufen (PCCL) zulassen, und schließlich findet sich keine einzige DRG, bei der die Fallgruppendefinition die spezialisierte geriatrische Behandlung berücksichtigen würde.
- Werden nun die selektierten Fälle der geriatrischen Frührehabilitation nicht über besondere Fallgruppen vergütet, sondern den ursprünglichen Fallgruppen ohne Berücksichtigung des wesentlichen Unterscheidungsmerkmals (der Komplexbehandlung) wieder zugeführt, so ergibt sich zwangsläufig eine systemimmanente Fehlklassifizierung und Verzerrung mit deutlichen Fehlanreizen. Der für gezielt selektierte Patienten

tatsächlich geleistete Mehraufwand würde ungerechtfertigterweise auf jeweils alle Fälle der ursprünglichen Fallgruppe umgelegt

Da das verwendete DRG-System die Fallattribute Alter und PCCL bereits nahezu durchgängig als unspezifische aufwandsrelevante Gruppierungsmerkmale verwendet, müssen beide Attribute als ungeeignet angesehen werden, zugleich auch den spezifisch mit ihnen zusammenhängenden tatsächlichen Aufwand der geriatrischen Komplexbehandlung mit abzubilden.

Höheres Alter und höherer PCCL führen vielfach in höher bewertete DRG's, ohne dass es der ergänzenden Dokumentation eines tatsächlich höheren Aufwands etwa in Form bestimmter Prozeduren bedarf. Das DRG-System benutzt die beiden Attribute als sinnvolle und einfach erfassbare Indikatoren eines im Durchschnitt erhöhten Behandlungsaufwandes. Da die spezialisierte Leistung der Geriatrie, deren selektierte Patienten gerade durch ein höheres Alter und einen höheren PCCL charakterisiert werden, in Australien außerhalb der DRG's vergütet wird, führt diese Konstruktion dort nicht zu den beschriebenen Konflikten.

Da Alter und PCCL im DRG-System unabhängig vom Nachweis eines konkreten Mehraufwandes ökonomisch zum Tragen kommen, muss nun hierzulande – wenn dies so bleiben und zugleich die geriatrische Komplexbehandlung über dasselbe System vergütet werden soll – als Unterscheidungsmerkmal der nachweisliche Mehraufwand durch Komplexbehandlung auch klassifikatorisch wirksam werden. Ansonsten würde diese Leistung immer auch dann anteilig vergütet werden, wenn sie nicht erbracht wurde, eben weil mit ihr die beiden Fallattribute so eng verknüpft sind. Dies würde die spezialisierten Leistungserbringer ökonomisch erheblich benachteiligen und kann zudem nicht im Sinne der Kostenträger sein.

Im Hinblick auf eine fallpauschalierte Vergütung der Geriatrie innerhalb des DRG-Systems bestehen die Alternativen nur darin, entweder die DRG-Logik unter Verwendung anderer unspezifischer Aufwandsindikatoren neu zu konzipieren, oder aber die spezialisierte Leistung der Geriatrie gruppierungsrelevant zu machen. Anders wird die frührehabilitative Komplexbehandlung kaum aufwandsgerecht über das System abgebildet und vergütet werden können. Eine definitive Entscheidung zu dieser Frage kann dabei nicht jahrelang hinausgezögert werden, ohne dass die vorhandenen Versorgungsstrukturen erheblichen Schaden nehmen würden.

Kernelemente des ökonomischen Problems

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung wird für geriatrische Patienten in der Regel unmittelbar nach einer organmedizinischen Akut-/Intensivbehandlung oder chirurgischen Intervention notwendig, um den Krankenhausaufenthalt erfolgreich zum Abschluss bringen zu können. Zumeist wird ein Patient dazu in eine Fachklinik für Geriatrie oder in ein Krankenhaus mit Fachabteilung für Geriatrie verlegt, sodass es notwendig ist, diese Situation genauer zu analysieren, auch wenn berücksichtigt werden muss, dass zudem interne Verlegungen beispielsweise von einer chirurgischen in die geriatrische Fachabteilung eines Hauses vorkommen. Dieser Aspekt soll zunächst zurückgestellt werden, da er dazu führt, dass sich das Gesamtspektrum der DRG-Fallgruppen, in denen die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung abzubilden und zu vergüten sein wird, um eine Reihe von DRG's aus der O- und A-Partition erweitert (z.B. Gelenkersatz, Gefäßrekonstruktionen und Amputation, kardiochirurgische Eingriffe, Herzkatheterprozeduren, Langzeitbeatmung usw.). Hierauf wird weiter unten näher eingegangen.

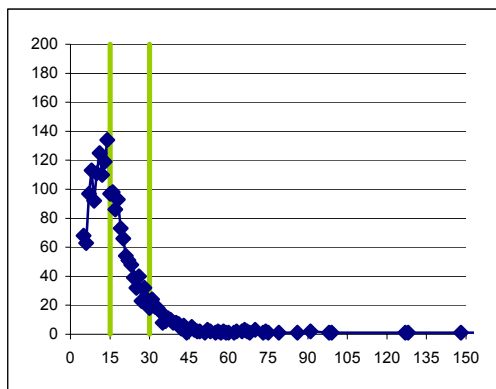
Für externe Verlegungen gelten die Abschlagsregeln der KFPV, die besagen, dass sowohl das abgebende Krankenhaus (zumeist nicht die Geriatrie), wie auch die den Fall übernehmende Klinik (zumeist die Geriatrie) bei Verlegung (abgebende Klinik) bzw. Entlassung (übernehmende Klinik) vor Erreichen der mittleren Verweildauer für jeden nicht erbrachten Tag einen fixen Abschlag erhält, der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesen ist.

Diese Regel ist im Fall der Geriatrie, wenn die Verlegung mit dem Ziel der Durchführung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung erfolgt, nur dann sachgerecht, wenn die geriatrische Behandlung nicht über dieselbe DRG vergütet wird. Für typisch geriatrische Indikationsgruppen hat das vorbehandelnde Krankenhaus stets die Möglichkeit, sein Fall- und damit Verlegungsmanagement auch nach ökonomischen Gesichtspunkten zu optimieren, während der nachbehandelnden Geriatrie diese Option nicht in gleicher Weise zur Verfügung steht. Ziel der geriatrischen Frührehabilitation ist stets, entweder den Übergang in ambulante Weiterbehandlung zu erreichen oder die vorübergehende oder definitive Weiterversorgung in anderen Einrichtungen des Gesundheits- oder Sozialwesens zu veranlassen. Die Geriatrie übernimmt damit in den entsprechenden Fallgruppen das Verweildauerrisiko von der vorbehandelnden Klinik. Angesichts der Spezialisierung der Geriatrie (hochaltrige Patienten mit hohem Komplexitätsgrad, hohem Komplikationsrisiko, begleitenden affektiven, mentalen und psychosozialen Risiken sowie hohem Risiko der Rehospitalisierung) wird sie durch diese Art der Verlegungsregel bei Vergütung über ein und dieselbe DRG eher benachteiligt.

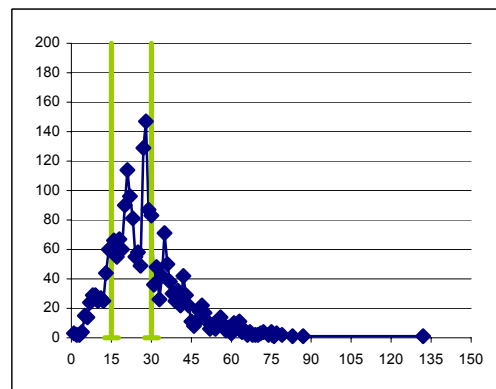
Dieser Nachteil ist insbesondere dann schwerwiegend, wenn geriatrisch weiterbehandelte Fälle – wie zumeist – hinsichtlich ihrer ausgeprägten medizinischen Risiken aus ökonomischer Sicht negativ selektiert sind und ohne jedes spezifische Unterscheidungsmerkmal nur anhand der Durchschnittswerte aller Fälle einer Fallgruppe wiederum bewertet werden. Dies kann beispielhaft für die Fallgruppe B70A anhand eines Vergleichs der Verweildauerverteilung der abgebenden Krankenhäuser (Abb. 5a) und aufnehmenden Geriatrien (Abb. 5b) illustriert werden.

Abb. 5: Verweildauerverteilung in der Fallgruppe B70A (BAG-Stichprobe 2001, N=2.112)

a) vor Verlegung in die Geriatrie



b) in der Geriatrie



Ohne weitere Anpassungen würden über die Basis-DRG B70 zukünftig mindestens fünf verschiedene Patientengruppen vergütet: Solche mit ausschließlich akutneurologischer Behandlung, solche mit akutneurologischer und neurologisch-frührehabitativer, solche mit ausschließlich neurologisch-frührehabitativer, solche mit akutneurologischer und geriatrisch-frührehabitativer und solche mit ausschließlich geriatrisch-frührehabitativer Behandlung. Eine Fallgruppenhomogenität kann auf diese Weise im Grunde nicht erwartet werden.

Die vorstehende Analyse der Gruppierungsmerkmale der geriatrischen Fallgruppen deutet eindeutig darauf hin, dass sich geriatrische Behandlungsfälle jeweils von den übrigen Fällen einer Gruppe deutlich unterscheiden. Je ungenauer und undifferenzierter eine Fallgruppe definiert ist, desto ausgeprägter tritt dieses Problem zutage. Die Fallgruppe I68A, die nachstehend detailliert aus geriatrischer Perspektive diesbezüglich analysiert wird, ist dabei nur eine unter

vielen Fallgruppen, die prinzipiell ebenso geeignet wären, das Kernelement des ökonomischen Problems zu illustrieren.

Merkmale der geriatrischen Problem-DRG I68A

Die Fallgruppe I68A ist bezeichnet als „Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich ohne Schmerztherapie/Myelographie, Alter < 75 Jahre mit CC oder Alter > 74 Jahre“. Prinzipiell können in der Fallgruppe demnach alle Altersstufen und alle PCCL-Stufen vorkommen, wobei die Altersgruppen unter 75 Jahren allerdings einen PCCL von mindestens 2 aufweisen müssen.

Dieser Fallgruppe werden zum Beispiel geriatrische Patienten zugeordnet, die nach neurochirurgischem Eingriff an der Wirbelsäule (z.B. nach ventraler Spondylodese oder nach Laminektomie) zur frührehabilitativen Weiterbehandlung in eine externe Geriatrie verlegt werden. Dort steht zumeist die komplexe medikamentöse Schmerztherapie, Frühmobilisation, Hilfsmittelversorgung und weitergehende Wundbehandlung im Vordergrund, begleitet von der regelmäßigen Mitbehandlung psychischer Alterationen (oftmals depressive Reaktionen bei chronischem Schmerz- und Immobilisationssyndrom, vielfach auch postoperativ exazerbierte kognitiv-mentale Alterationen bei hirnorganischer Vorschädigung).

Schon die Bezeichnung der I68A deutet an, dass insbesondere die geriatrischen Patienten, die postoperativ zumeist nach Wirbelsäuleneingriff übernommen werden, nicht ohne weiteres dieser Fallgruppe zugeordnet werden sollten, wo sie unter anderem mit weitaus jüngeren Patienten, mit Patienten ohne Komorbidität und mit Patienten ohne unmittelbar vorausgegangene OP (darunter auch mit anderen geriatrischen Patienten beispielsweise mit Lumboischialgie als Hauptdiagnose) zusammengeführt werden.

Aus dem Profil der Fallgruppe gemäß Projektbericht G-DRG V1.0 (Erstkalkulation) geht hervor, dass 31% der Fälle unter 65 Jahre alt waren, 26% hatten keine oder keine nennenswerten Begleiterkrankungen (PCCL = 0) und 42% auch keine schwereren (PCCL = 1 - 2). Unter den Hauptdiagnosen waren mit zusammen 25% die lumbalen und sonstigen Bandscheibenschäden mit Radikulopathie sowie Lumboischialgien führend, die mittlere geometrische Verweildauer lag bei 8,5 Tagen. Allerdings reflektiert bereits die um 3,4 Tage nach oben deutlich abweichende mittlere arithmetische Verweildauer von 11,9 Tagen die Unschärfe der Fallgruppendefinition und deutet auf eine entsprechende Heterogenität der Verweildauer bereits hin. 11% der Fälle hatten Verweildauern oberhalb der oberen Grenzverweildauer, die – vermutlich aufgrund des Begrenzungsmechanismus – auf 23 Tage kalkuliert wurde. Der Abstand zwischen mittlerer Verweildauer und erstem Tag mit zusätzlichem Entgelt beträgt damit 15 Tage.

In der BAG-Stichprobe wurden 316 Fälle der DRG I68A zugewiesen. Davon waren 85% über 74 Jahre alt, die sich – zumeist im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose einer Wirbelkörperfraktur, einer Lumboischialgie oder einer Spinalstenose – schon allein wegen ihres Alters für die A-Fallgruppe der Basis-DRG I68 qualifizieren. Es hatten jedoch 70% der Fälle zugleich einen (nicht gruppierungsrelevanten) PCCL von 3 bis 4, wobei unter den schwergradsteigernden Nebendiagnosen die Herzinsuffizienz, die Harnwegsinfektion, die Harninkontinenz sowie die absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern im Vordergrund standen.

Unter den Fällen mit dokumentierten Prozeduren haben 88% eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung und 30% neuropsychologische Therapie erhalten. Mit einer Häufigkeit von jeweils um 6% und damit vergleichbar zum Erstkalkulationsprofil der Fallgruppe wurden des weiteren im Verlauf der geriatrischen Behandlung Computertomographien, Ösophagogastroduodenoskopien und parenterale Ernährungen durchgeführt.

In den Fachkliniken für Geriatrie wiesen Verlegungsfälle mit dokumentierter Prozedur OPS 8-550 eine mittlere geometrische Verweildauer von 23,61 Tagen auf. Insgesamt 192 Verlegungsfälle mit dokumentierter Prozedur OPS 8-550 enthielt die kombinierte Gesamtstichprobe aus Fachkliniken und Fachabteilungen für Geriatrie, die ebenfalls eine mittlere geometrische Verweildauer von 23,62 Tagen aufwiesen. Von diesen Fällen waren insgesamt mindestens 15% - in einzelnen Einrichtungen bis über 30% - postoperativ übernommen worden (die Erfassung des letzten OP-Datums wurde erst zum 2. Quartal 2002 eingeführt).

Erlössimulation für Verlegungsfälle am Beispiel der Problem-DRG I68A

Um das ökonomische Kernproblem trotz fehlender Fallkostendaten etwas konkreter zu illustrieren, zeigt Tabelle 3 eine simulierte Erlöskalkulation der Fallgruppe I68A für verschiedene geriatrische Verweildauern nach Verlegung.

Bei einem simulierten Basisfallpreis von 2892 € läge der durchschnittliche Fallerlös in der DRG I68A nach aktuellem Fallpauschalenkatalog (G-DRG V1.0, Relativgewicht: 1,049) bei 3.034 €. Für Verlegungsfälle besteht bei Unterschreiten der mittleren Verweildauer (MVD, 9 Tage) ein Abschlag von 312 € pro Tag unterhalb der MVD. Bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer (oGVD, 23 Tage) würde ab dem 24. Behandlungstag ein Zuschlag von 208 € pro Tag gezahlt. Der Regelfall der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung erfordert mindestens 14 Tage Behandlungsdauer (vgl. Mindestmerkmale OPS 8-550, Version 2.1).

Bei einem simulierten Pflegesatz von 200 € würde eine Geriatrie derzeit im Mittel bei 24 Behandlungstagen pro Fall 4.800 € für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Erlösen. Im Vergleich hierzu Erlöst sie nach G-DRG V1.0 bei einem simulierten allgemeinen Basisfallpreis von 2.892 € unter Berücksichtigung von Zuschlägen oberhalb der oberen Grenzverweildauer nur etwa 3.242 €. Unter budgetneutralen Bedingungen würde umgekehrt der rechnerische Basisfallpreis einer (hypothetischen) Geriatrie mit ausschließlich I68A-Fällen bei etwa 4.282 € liegen müssen.

Sicher muss betont werden, dass Erlöse aus Pflegesätzen keinesfalls gleichbedeutend sind mit den tatsächlichen Fallkosten, dass differenzierte Fallkosten derzeit für die Geriatrie noch nicht verfügbar sind, dass auch der allgemeine Basisfallpreis noch unbekannt ist und dies auf relativ lange Sicht auch noch bleibt. Dies verbessert jedoch nicht die Ausgangssituation, sondern macht sie nur unsicherer und damit eher schlechter.

Die Erlössimulation illustriert den ökonomischen Kern des Problems, mit dem sich die frührehabilitative Geriatrie konfrontiert sieht: Unabhängig von den tatsächlichen Kosten und Erlösen ist die von der oberen Grenzverweildauer abhängige Zuschlagsregel in den meisten Fallgruppen ungeeignet, für geriatrische Patienten ein zumindest annähernd sachgerechtes Effektivgewicht zu produzieren. Dies deutet wiederum darauf hin, dass geriatrische Behandlungsfälle eher selten dem allgemeinen Durchschnitt einer Fallgruppe entsprechen. Dies wiederum kommt vor allem dann zum Tragen, wenn die Fallgruppendefinition entweder an sich unpräzise oder zur Abbildung geriatrischer Patienten grundsätzlich ungeeignet ist. Verbleibt die Vergütung der spezifischen Behandlung geriatrischer Patienten im DRG-System, dann sind es insbesondere diese Fallgruppen, die einer Anpassung bedürfen.

Tab. 3: Simulierte Erlöskalkulation für DRG I68A, externe Verlegungen

Typ	Verweil- dauer	RG für DRG	Zu/Ab pro Tag	Tage Zu/Ab	Summe Zu/Ab	Effektiv - Gewicht	Eff.-G. pro Tag	DRG- Erlös ¹ pro Tag	DRG- Fallerlös	BPfIV- Erlös ²	Erlös- Diff.
Keine Regelfälle der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung	1	1,049	-0,108	8	-0,864	0,185	0,185	535,02	535,02	200,00	335,02
	2	1,049	-0,108	7	-0,756	0,293	0,147	423,68	847,36	400,00	447,36
	3	1,049	-0,108	6	-0,648	0,401	0,134	386,56	1159,69	600,00	559,69
	4	1,049	-0,108	5	-0,540	0,509	0,127	368,01	1472,03	800,00	672,03
	5	1,049	-0,108	4	-0,432	0,617	0,123	356,87	1784,36	1000,00	784,36
	6	1,049	-0,108	3	-0,324	0,725	0,121	349,45	2096,70	1200,00	896,70
	7	1,049	-0,108	2	-0,216	0,833	0,119	344,15	2409,04	1400,00	1009,04
	8	1,049	-0,108	1	-0,108	0,941	0,118	340,17	2721,37	1600,00	1121,37
	MVD 9*	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,117	337,08	3033,71	1800,00	1233,71
	10	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,105	303,37	3033,71	2000,00	1033,71
	11	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,095	275,79	3033,71	2200,00	833,71
	12	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,087	252,81	3033,71	2400,00	633,71
	13	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,081	233,36	3033,71	2600,00	433,71
Regelfälle der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung	14	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,075	216,69	3033,71	2800,00	233,71
	15	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,070	202,25	3033,71	3000,00	33,71
	16	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,066	189,61	3033,71	3200,00	-166,29
	17	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,062	178,45	3033,71	3400,00	-366,29
	18	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,058	168,54	3033,71	3600,00	-566,29
	19	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,055	159,67	3033,71	3800,00	-766,29
	20**	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,052	151,69	3033,71	4000,00	-966,29
	21	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,050	144,46	3033,71	4200,00	-1166,29
	22	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,048	137,90	3033,71	4400,00	-1366,29
	oGVD 23	1,049	0,000	0	0,000	1,049	0,046	131,90	3033,71	4600,00	-1566,29
	24***	1,049	0,072	1	0,072	1,121	0,047	135,08	3241,93	4800,00	-1558,07
	25	1,049	0,072	2	0,144	1,193	0,048	138,01	3450,16	5000,00	-1549,84
	26	1,049	0,072	3	0,216	1,265	0,049	140,71	3658,38	5200,00	-1541,62
	27	1,049	0,072	4	0,288	1,337	0,050	143,21	3866,60	5400,00	-1533,40
	28	1,049	0,072	5	0,360	1,409	0,050	145,53	4074,83	5600,00	-1525,17
	29	1,049	0,072	6	0,432	1,481	0,051	147,69	4283,05	5800,00	-1516,95

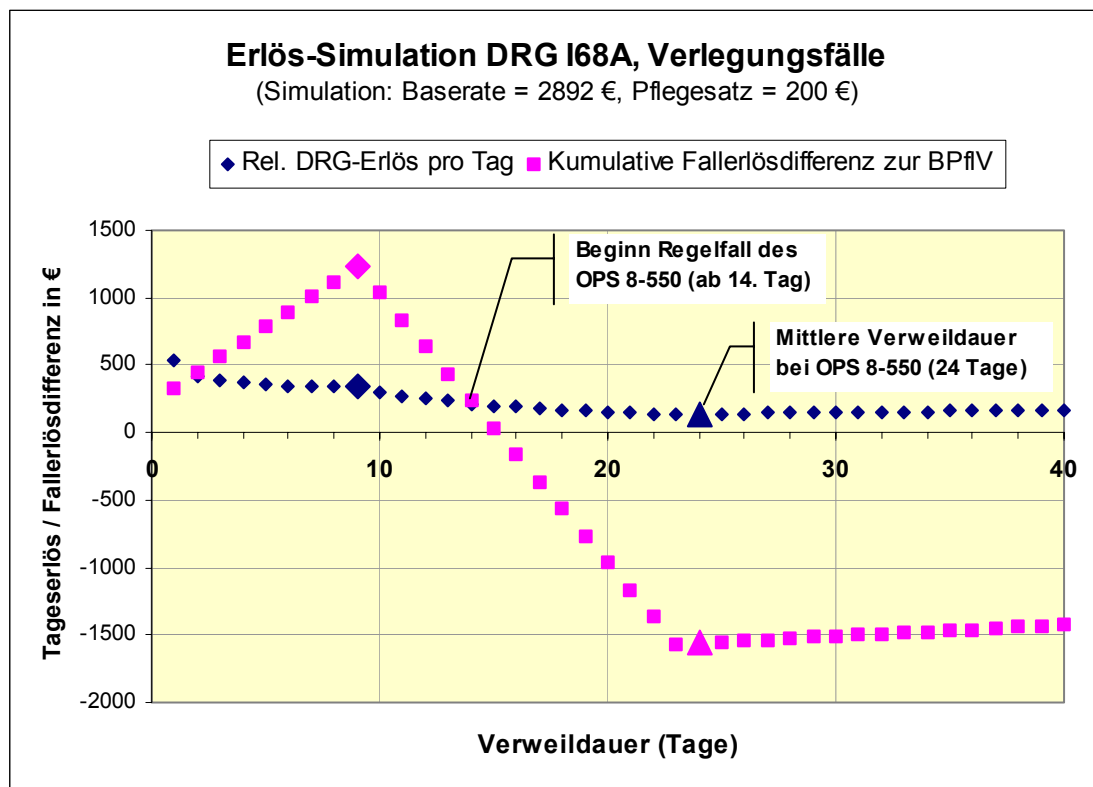
* Mittlere Verweildauer gemäß Fallpauschalenkatalog G-DRG V1.0: 8,5 Tage

** Mittlere Verweildauer in geriatrischen Fachkrankenhäusern gesamt (BAG, 2002): 20,1 Tage (n=160)

*** Mittlere Verweildauer in geriatrischen Fachkliniken und -abteilungen (nur Verlegungsfälle mit korrekt dokumentierter Prozedur OPS 8-550): 23,6 Tage (n=192)

¹ Simulierter Basisfallpreis: 2892 €² Simulierter Pflegesatz: 200 € pro Tag

Abb. 5



Große Raute: Mittlere Verweildauer gemäß Fallpauschalenkatalog G-DRG V1.0: 9 Tage

Großes Dreieck: Mittlere Verweildauer in geriatrischen Fachkliniken und -abteilungen (nur Verlegungsfälle mit korrekt dokumentierter Prozedur OPS 8-550): 23,6 Tage (n=192)

Aufgrund der ökonomischen Schieflage, die sich aus einer solchen oder vergleichbaren Erlössimulation ergibt, muss in Vorbereitung auf das Ende der Budgetneutralität durchaus mit Konsequenzen gerechnet werden: Eine Häufung von Fällen in derartig oder vergleichbar als „ungünstig gelagert“ vermuteten Fallgruppen wird einerseits das Kosten- und Medizincontrolling einer Klinik veranlassen, nach Gegensteuerungsmöglichkeiten zu suchen, denn sie wird andererseits gleichzeitig bei den Kostenträgern den Eindruck erwecken, dass in diesen Fällen eine unwirtschaftliche Behandlungsweise vorliegt, der entgegenzutreten wäre.

Die unterschiedlichen Interessenlagen und Kompensationsmöglichkeiten (z.B. keine Kostenübernahmen ohne MDK-Prüfungen, Ersetzungen der zugehörigen Hauptdiagnosen durch alternative Kodierungen im Rahmen der Möglichkeiten der DKR, Ablehnung von Übernahmen aus anderen Kliniken unter Hinweis auf die in Frage stehende Indikation etc.) werden für die betroffenen Fallgruppen zu starken Schwankungen in den jährlich neu kalkulierten Fallpauschalendefinitionen führen, was das Erreichen eines einigermaßen sachgerechten Katalogs gerade für einen DRG-Problembereich stark beeinträchtigen und verzögern kann.

Das in Abb. 5 visualisierte Ergebnis der Erlössimulation für die DRG I68A böte jedenfalls reichlich systemfeindlichen Anreiz, zum Zeitpunkt der Gültigkeit des zugehörigen Katalogs Fälle in diese Fallgruppe zu steuern, die ganz anders gelagert sind, als die Fälle, die der Kalkulation des Katalogs zugrunde gelegt wurden.

Mit derartigen Effekten ist umso mehr zu rechnen, je länger eine kostenrelevante Leistung per se keinerlei Erlösrelevanz besitzt, diese von den betroffenen Leistungserbringern also nur unter Um- und Abwegen behelfsmäßig mittels impliziter Kodierung dem System abgetrotzt

werden könnte. Warum sollte eine vom System vollständig ignorierte Leistung kodiert werden, wenn sich unter Berücksichtigung aller Regeln vielleicht doch eine vom System bewertete Haupt- oder Nebendiagnose finden lässt, die das Problem auf Einzelfallebene zunächst einmal löst und dem kodierenden Arzt Ärger mit dem Controlling, der Verwaltung und auch dem Kostenträger erspart? Eine derartige Form von quasi aufgefügtem „zivilen Kodier-Ungehorsam“ würde auf übergeordneter Ebene jeden ernsthaften Lösungsversuch erheblich beeinträchtigen, da die hierfür dringend benötigten expliziten Kodierungen dann fehlen. Die frührehabilitative Geriatrie kann die Fallgruppe I68A ökonomisch „nicht gebrauchen“ und sähe sich daher genötigt, entweder die zugehörigen Patienten oder die in diese DRG führenden Kodierungen zu „vermeiden“. Das ist weder im Sinne der Patienten, noch des Systems.

Auf Fallebene verlagert die systemseitige Nicht-Lösung das Problem auf absehbare Streitereien mit dem MDK über (noch) erlaubte bzw. nicht (mehr) erlaubte Auslegungen von Kodierregeln. Auch dies geht am Kern des Problems völlig vorbei und wird zusätzliche Mittel der GKV an einer Stelle verbrauchen, die am wenigsten plausibel ist, nämlich außerhalb der Gesundheitsversorgung von Versicherten im Rahmen vorprogrammierter, jedoch völlig unnutzer Streitereien.

Dies alles zusammen genommen macht deutlich, dass sich gravierende unplausible Systemlücken auch unter budgetneutralen Bedingungen bereits unmittelbar auf das Case-Management von Leistungserbringern und –trägern im Einzelfall auswirken werden. Tatsächlich hat diese Entwicklung bereits 2001 eingesetzt und kann seitdem sowohl im Rahmen von Auseinandersetzungen um Kostenübernahmen in Einzelfällen, wie auch im Rahmen von Budgetverhandlungen geriatrischer Fachkliniken konkret beobachtet werden. In Vorbereitung auf 2005 ist deshalb eher verstärkt mit solchen Auseinandersetzungen zu rechnen, die letztlich darauf zurück zu führen sind, dass die Fallgruppenbildung sowie die verweildauer- und erlösbezogenen Fallgruppeneckwerte (Grenz- und mittlere Verweildauern, Zu- und Abschlag- sowie Durchschnitt-Relativgewichte) fachlich-inhaltlich und ökonomisch nicht sachgerecht sind.

Solange definitive, valide Kostendaten für die Geriatrie fehlen, wird man systemtechnische Vorschläge für eine Fallgruppe wie beispielsweise die I68A kaum sinnvoll entwickeln können und vermutlich auch nicht umsetzen wollen: Sollte die Gruppe nach PCCL gesplittet werden? Oder der vorhandene Alterssplitt anders definiert sein? Sollte der Algorithmus den Aspekt der Verlegung berücksichtigen? Oder die Schweregradzuordnung vom OPS 8-550 getriggert werden? Ohne Kostendaten wird vermutlich nichts dergleichen ad hoc umgesetzt – und aus systemtheoretischen Erwägungen heraus vermutlich auch zurecht.

Läge hier der Einzelfall einer inadäquat konstruierten und bewerteten Fallgruppe vor, dann wäre dies für die Geriatrie definitiv nicht entscheidend. Sie wird sich allerdings ihre Fallgruppen insgesamt ökonomisch genau ansehen müssen und würde dabei hinsichtlich ihrer häufigsten DRG's momentan feststellen, dass bereits eine näherungsweise Erlössimulation in mindestens 12 von 17 Fallgruppen (die drei DRG's I62A bis C sind derzeit nicht beurteilbar, da in der Erstkalkulation diesen medizinischen Fallgruppen chirurgische Patienten zugeordnet wurden) eine nicht sachgerechte Vergütung droht, die dabei teilweise solche Dimensionen annimmt, dass sich das in Summe dann doch als eine existenzielle Frage darstellt.

Lösungsansatz und -vorschlag: Abgestufte Systemanpassung mittels Interimskatalog

Die einzige sinnvolle und zielführende Lösung des momentanen Dilemmas der frührehabilitativen Geriatrie – möglicherweise auch anderer, ähnlich gelagerter Problembereiche – ist ein separat kalkulierter Interimskatalog mit näherungsweisen Relativgewichten einschließlich der zugehörigen Zu- und Abschlagsgewichte für Grenzverweildauerüberschreitungen und Verlegungsfälle, dessen Anwendung mittels überprüfbarer Kriterien strikt auf den Problembereich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung beschränkt wird und dessen syste-

matische Ausgestaltung ansonsten vollständig definitionsidentisch mit dem für Hauptabteilungen allgemein gültigen Katalog ist.

Damit lässt sich einerseits die notwendige, vollständig realistische Kodierung und Abbildung geriatrischer Behandlungsfälle sicher stellen, und andererseits kann mit einer ökonomisch zuverlässigen Identifizierung und Validierung der tatsächlichen geriatrischen Problemgruppen bereits in Zusammenhang mit der nächsten Kalkulation im Jahr 2004 begonnen werden, die dann schrittweise bis 2006 zu einem ersten tragfähigen Abschluss gebracht werden könnte (vgl. Abb. 6 nächste Seite).

Noch im Jahr 2003 könnten auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG systematische Homogenitäts- und Verweildaueranalysen zu geriatrisch-frührehabilitativen Fallgruppen innerhalb der DRG's durchgeführt werden. Auf dieser Basis könnten – in Ermangelung ausreichender Kostendaten für die Geriatrie in der diesjährigen Kalkulation – zunächst angenäherte Bewertungsrelationen für die in der frührehabilitativen Geriatrie vorkommenden DRG's ermittelt werden (Merkmal: Fachabteilungscode 0200 oder 0102).

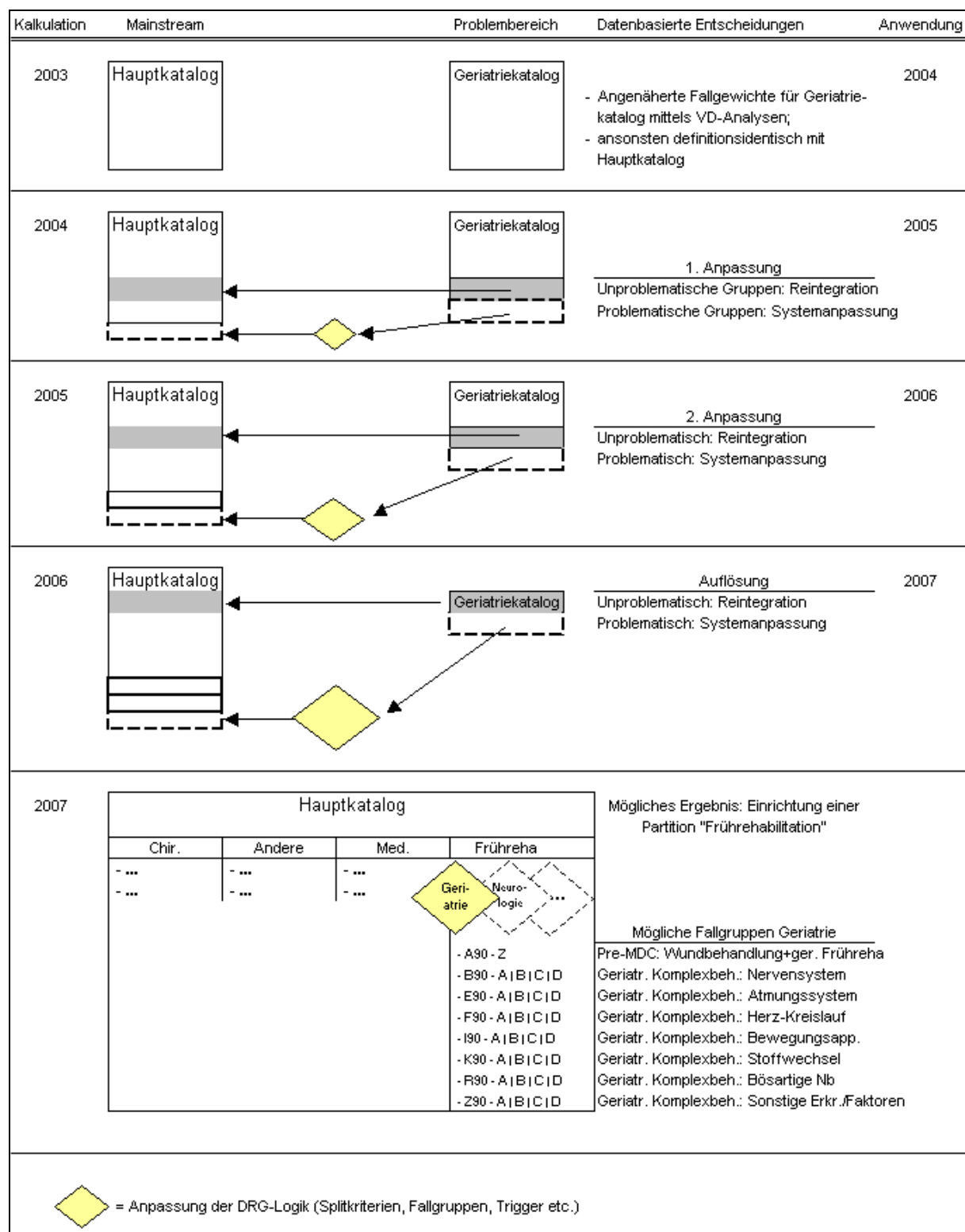
Die zugehörigen DRG's bleiben dabei vollständig definitionsidentisch mit denen des Hauptkatalogs. In der Kalkulation 2004 kann dann in einem ersten Anpassungsschritt begonnen werden, die Ausgliederungen zu verifizieren oder zu falsifizieren. Solche, die sich eindeutig falsifizieren lassen, werden in den Hauptkatalog reintegriert; solche, die sich eindeutig verifizieren lassen, werden auf ableitbare Systemanpassungen hin analysiert und mit einer entsprechenden Änderung der DRG-Logik dann dem Hauptkatalog hinzugefügt. Alle übrigen verbleiben zunächst im Katalog der geriatrischen Frührehabilitation. Der Kalkulationsschritt mit Falsifizierung und Reintegration bzw. Verifizierung und Anpassung wird 2005 und 2006 wiederholt.

Bis 2007 erscheint es auf diese Weise durchaus möglich, einen zum Beginn der DRG-Betriebsphase unter Einschluss der frührehabilitativen Geriatrie tragfähigen Katalog zur Verfügung zu haben, zumal aus geriatrischer Perspektive als ein mögliches Ergebnis dieses Vorgehens eine ergänzende Partition „Frührehabilitation“ mit etwa 25 bis 30 abrechenbaren DRG's im Segment der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung derzeit als durchaus möglich und plausibel erscheint.

Mit diesem Vorgehen wird man dem Ziel der beabsichtigten durchgehenden Fallpauschalierung im Krankenhaus voraussichtlich wesentlich eher gerecht, als wenn die Geriatrie im Jahr 2004 auf der Basis eines gegenüber ihrer spezifischen Leistung weiterhin überhaupt nicht reagiblen allgemeinen Katalogs agieren müsste, zugleich keine eindeutige Perspektive für die unmittelbar nächsten Folgejahre hätte, vermutlich schon deshalb dann zwangsläufig „ausgeklammert“ werden müsste mit wiederum völlig unklarer Perspektive für 2007 – insgesamt also einer Konstellation ausgeliefert wäre, die geeignet wäre, eine derzeit möglich erscheinende Lösung ihrer DRG-Probleme in eher weite Ferne zu rücken.

Wenn die frührehabilitative Geriatrie 2004 probenhalber leistungungerecht fallpauschaliert vergütet werden sollte, nur um sie in den beiden Folgejahren wieder auszuklammern, dann verliert man erheblich mehr als wegen des kalkulatorischen Mehraufwandes für einen Geriatriekatalog begründet werden kann. Momentan jedenfalls wird nach einrichtungsspezifischen Pflegesätzen abgerechnet, im Falle einer Ausklammerung müsste nach einrichtungsspezifischen Abrechnungsarten und –entgelten unterschieden werden. Ein bundeseinheitlicher Geriatriekatalog stellt vor diesem Hintergrund sogar eher eine Aufwandsreduktion als einen Mehraufwand dar und sollte damit auch im Interesse der Kostenträger liegen.

Abb. 6: Problemlösungsmodell Geriatrie, 2004-2007



Anwendungsbereich des Katalogs für die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung

Bislang hing die unklare Trennung zwischen Akut- und Rehabilitationsbehandlung in der Geriatrie stets mit der DRG-Problematik des Fachs zusammen. Mittlerweile hat sich der Fachbe-

reich zu einem ersten Konsens über operationalisierbare Abgrenzungskriterien zusammenge-
funden (vgl. Anlage). Auf dieser Grundlage wird es voraussichtlich möglich sein,

- eine geriatrische Fallgruppe „jenseits der Rehabilitation“ zu definieren, die nicht reha-
bilitationsbedürftig und nicht (früh-)rehabilitationsfähig ist, aber einer fachgeriatri-
schen, akut- und organmedizinisch ausgerichteten Krankenhausbehandlung bedarf
(„Geriatrische Akutbehandlung“). Darunter fallen beispielsweise geriatrische Patien-
ten mit Pneumonie oder Patienten mit Delir bei Demenz. Es ist nach allen bisherigen
Erfahrungen und vorläufigen Datenanalysen momentan nicht erkennbar, dass die Ge-
riatrie hinsichtlich der Abbildung und Vergütung dieser rein akut- bzw. organmedizi-
nischen Behandlungsfälle spezifische Anpassungen oder Ergänzungen zum bestehen-
den DRG-System vordringlich benötigen würde;
- eine geriatrische Fallgruppe „jenseits der Akutbehandlung“ zu definieren, die rehabi-
tationsbedürftig und –fähig ist, mit positiver Rehabilitationsprognose und realistisch
definierbarem Rehabilitationsziel und keiner Krankenhausbehandlung bedarf („Geriat-
rische Rehabilitation“). Darunter fallen beispielsweise geriatrische Patienten mit Cox-
arthrose und Zustand nach komplikationsloser elektiver Implantation einer Totalen-
doprothese zur Mobilisierung. Diese Form der Behandlung kann in geriatrischen Re-
habilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V und damit au-
ßerhalb des DRG-Bereichs erfolgen.

Es bleibt – vgl. Übersicht 2 – die Gruppe der rehabilitationsbedürftigen, akutgeriatrischen
Patienten, die einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus
bedürfen, da sie kontinuierlich (dauernd oder intermittierend) einen Bedarf an akutmedizini-
scher Diagnostik und/oder Therapie haben und noch nicht uneingeschränkt rehabilitationsfä-
hig sind (Übersicht 2). Diese Patientengruppe erhält auf Basis von § 39 SGB V eine geriatri-
sche frührehabilitative Komplexbehandlung, die ihren rehabilitativen und akutmedizinischen
Behandlungsbedarf abdeckt. Damit fällt diese Behandlung in den Geltungsbereich des
KHEntgG und ist nach DRG zu vergüten. Um dieses sicher zu stellen, ist eine sachgerechte
Vergütung notwendig.

Die besondere Problemkonstellation, die es in diesem Zusammenhang zu bewältigen gilt,
sollte mit der vorstehenden ersten detaillierteren Problemanalyse transparent gemacht werden.
Ohne einen spezifischen Geriatriekatalog zu Beginn der DRG-Einführung wird eine zügige,
systemkonforme und wenig aufwändige Lösung eher nicht erreicht werden können, insbeson-
dere dann nicht, wenn die Geriatrie gerade in der Konvergenzphase vollständig ausgeklam-
mert würde. Möglicherweise könnte dies sogar zwangsläufig darauf hinauslaufen, sie ähnlich
wie die Psyche-Bereiche schließlich doch ganz aus dem DRG-Bereich herausnehmen zu müs-
sen.

Anders als die Psyche-Bereiche ist die Geriatrie jedoch mittlerweile regelhaft in die Akutver-
sorgung geriatrischer Patienten eingebunden, darunter in die Akutversorgung großer Einzel-
gruppen mit mehreren Tausend Behandlungsfällen im Jahr wie beispielsweise nach Schlagan-
fall oder Schenkelhalsfraktur. Zudem wird sowohl im Zuge der demographischen Entwick-
lung als auch im Zusammenhang mit der DRG-Einführung der Bedarf an einer effizienten
und effektiven geriatrischen Akutversorgung – zu der notwendig die frührehabilitative Kom-
plexbehandlung dazugehört – weiter steigen. Beides, sowohl der steigende Bedarf als auch die
notwendige Multiprofessionalität und funktionell-frührehabilitative Ausrichtung der Akutge-
riatrie, ist aufgrund der Erfahrungen in anderen Ländern einerseits, sowie aufgrund zahlrei-
cher medizinisch-wissenschaftlicher Studien andererseits fundiert belegt.

Übersicht 2: Geriatrie – Abgrenzungs- und Abrechnungsbereiche

Kriterien:	DISZIPLINEN				
	angrenzende Reha-Disziplinen	Geriatrie			angrenzende Akut-Disziplinen
Patient	Nicht-geriatriisch	Pat. mit geriatrietypischer Multimorbidität ^{Tab. 1} , in der Regel 70 Jahre alt oder älter			Nicht-geriatriisch
Rehabedürftigkeit	rehabedürftig	rehabedürftig ^{B-3}		(noch) nicht rehabedürftig ^{B-3}	(noch) nicht rehabedürftig
Indikation	indikationsspezifisch rehafähig mit positiver Prognoser und realistischer Zielsetzung	rehafähig ^{B-6} mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	eingeschränkt ^{B-6} oder nicht rehafähig ^{B-7} oder rehafähig mit unsicherer Prognose bzw. unsicherer Zielsetzung	Indikation zur KH-Behandlung nach § 39 SGB V; nicht (früh-)rehafähig ^{B-8}	kurative oder palliative Indikation zur Akutbehandlung im KH
Art der Behandlung	Indikationsspezifische Rehabilitationsbehandlung	Geriatrische Rehabilitation	"Akutgeriatrie"		Akut-/Intensivbehandlung ggfs. mit funktionsorientierter Physiotherapie
			Geriatrische Frührehabilitation	Geriatrische Akutbehandlung	
Abrechnung		§ 111 SGB V	DRG - Geriatriekatalog	DRG - Hauptkatalog	

Die geriatrischen Strukturen in Deutschland wurden zumeist erst in den letzten 15 Jahren aufgebaut, die Profession und Professionalität der Geriatrie wesentlich erst in den letzten 5 bis 10 Jahren herausgebildet. Dementsprechend ist Unkenntnis darüber, was Geriatrie eigentlich ist, macht und kann, immer noch relativ oft anzutreffen. Es verfügen noch keinesfalls alle Kliniken über den notwendigen Struktur- und Personalstandard, den die frührehabilitative Geriatrie benötigt, den das Fach für entsprechende Einrichtungen fordert und mittels verschiedener Qualitätssicherungsprogramme konsequent fördert. Aus diesen Gründen muss der Anwendungsbereich des vorgeschlagenen Geriatriekatalogs auf geriatrische Einrichtungen beschränkt werden, die nachweislich die hier beschriebene und in den OPS-Kriterien verankerte Komplexbehandlung durchführen, um eine Fehlallokation der Mittel wirksam zu vermeiden. Wenn dies gesichert ist, dann ist der Geriatriekatalog anzuwenden

- von zertifizierten geriatrischen Einrichtungen (Krankenhäuser mit geriatrischer Fachabteilung sowie Fachkrankenhäuser für Geriatrie)
- für geriatrische Patienten, die
 - vollstationär behandelt wurden und
 - eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) erhielten

Abrechnungstechnische Problemkonstellationen

In Krankenhäuser mit einer Fachabteilung für Geriatrie erfolgen regelhaft interne Verlegungen zur abschließenden geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung, entweder zwischen verschiedenen vollstationären Fachabteilungen oder zwischen der voll- und der teilstationären Geriatrie. Diese sollen im folgenden vor dem Hintergrund des Lösungsmodells diskutiert werden.

Interne Verlegung in eine Fachabteilung für Geriatrie

Akutkrankenhäuser mit Fachabteilungen für geriatrische Frührehabilitation behandeln geriatrische Patienten sowohl im Rahmen der internen wie auch der externen Zuverlegung. Bei der Vergütung der kombinierten Leistung der Akutversorgung mit anschließender interner Verlegung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung über eine einzelne DRG

kommt es zu einer Benachteiligung des Krankenhauses gegenüber den aufwandsgleichen Fällen der externen Zuverlegung. Diese Situation führt zu einem deutlichen Fehlanreiz in Richtung primäre Übernahme externer Patienten gegenüber der Abschlussbehandlung krankenhauser Patienten („Geriatrietourismus“).

Bereits für das Budgetjahr 2004 haben darüber hinaus Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen eine geriatriebedingte höhere Baserate gegenüber den Kostenträgern zu vertreten. Hierbei summiert sich das Problem der nicht leistungsgerecht kalkulierten Akut-DRG's für die Geriatrie mit dem Problem der wettbewerbsverzerrenden Erlössituation mit einer durchgängigen DRG für die Akut- sowie die frührehabilitative Behandlung.

Spätestens in der Angleichungsphase 2005 und 2006 sind für Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen die bestehenden Regelungen untragbar, so dass entweder eine Ausgliederung der Geriatrie aus dem Krankenhaus, eine Schließung der Geriatrie oder aber eine Aufnahme in die Geriatrie ausschließlich bei externen Zuverlegungen erwogen werden muss.

Die zum Teil zusätzlich erzielten Erlöse der „Gesamtversorger“ durch Überschreiten der oberen Grenzverweildauern werden bei den sich abzeichnenden Verweildauerverkürzungen deutlich rückläufig sein und stellen bereits jetzt keinen adäquaten Ausgleich gegenüber den Erlösen bei externen Zuverlegungen dar.

Die Teilnahme von Krankenhäusern mit frührehabilitativen Fachabteilungen an der DRG-Kostenkalkulation muss zu Fehlkalkulationen führen, da die erheblichen Aufwendungen und zeitlichen Verläufe der frührehabilitativen Geriatrie in die Akutbehandlungspauschalen einberechnet werden.

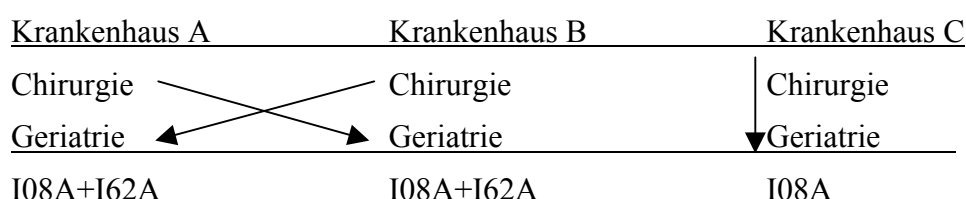
Daraus ergibt sich zwingend, dass die durchgehende Finanzierung mit einer DRG bei interner Verlegung in die frührehabilitative Geriatrie zu ungewollten Fehlsteuerungen in der Patientenversorgung führen wird. Ziel muss es daher sein, die bei internen oder externen Zugängen aufwandsgleichen Leistungen der frührehabilitativen Geriatrie auch gleich zu vergüten.

Beginnend mit dem Budgetjahr 2004 könnten beispielweise alle Patienten, die in frührehabilitativen Geriatrien behandelt werden, als eigenständige Fälle geführt werden, unabhängig davon, ob es sich um interne oder externe Zuverlegungen handelt. Hierdurch würde sofort jeglicher Fehlanreiz in Richtung Geriatrietourismus unterbunden. Darüber hinaus wird durch das hierbei notwendige erneute Kostenübernahmeverfahren seitens des Krankenhauses für die Weiterbehandlung in der frührehabilitativen Geriatrie der Kostenträger in die Entscheidung mit einbezogen. Eine Teilnahme der Krankenhäuser mit frührehabilitativen Fachabteilungen an der Kostenkalkulation ist dann auch ohne Verzerrungen möglich.

Exemplarisch soll das Problem ergänzend anhand der Verlegung aus einer chirurgischen Fachabteilung am Beispiel der Schenkelhalsfraktur illustriert werden, um eine weitere, mit dem Geriatriekatalog realisierbare Lösungsvariante des Problems zu illustrieren. Ein Krankenhaus mit Fachabteilungen (FAB) sowohl für Chirurgie als auch frührehabilitative Geriatrie wird regelhaft gerichtete interne Verlegungen von der Chirurgie in die Geriatrie durchführen und einen entsprechenden Mehraufwand sowie längere Verweildauern in den zugehörigen chirurgischen DRG aufweisen, als eine Vergleichsklinik ohne integriertes geriatrisches Versorgungsangebot. Da die zusätzlich erbrachte Prozedur (OPS 8-550) hierfür verantwortlich ist, diese jedoch vom DRG-System bislang vollständig ignoriert wird, wird das Krankenhaus systemseitig eindeutig benachteiligt, obwohl die integrierte chirurgisch-geriatrische Versorgung – ebenso wie beispielsweise eine integrierte neurologisch-geriatrische oder onkologisch-geriatrische Versorgung – medizinisch äußerst wünschenswert und gerade für geriatrische Patienten vorteilhaft ist (frühzeitige Konsultation bzw. Mitbehandlung und unkomplizierte Verlegung ohne erneuten Ortswechsel).

Grundsätzlich gilt, dass ein Krankenhaus für einen Behandlungsfall nur eine DRG abrechnen kann. Es müssen daher die mit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung einhergehenden kombinierten Fallkonstellationen mit analysiert werden. Am Beispiel der häufigsten chirurgischen DRG für die operative Versorgung nach Schenkelhalsfraktur kann dies leicht plausibel gemacht werden. Am häufigsten werden geriatrische Patienten mit operativ versorgter Schenkelhalsfraktur in die Basis-DRG I03 und I08 eingruppiert. Beide DRG sind bereits in Tabelle 1 aufgeführt, d.h. haben in Australien einen hohen Reklassifikationsanteil und sind diesbezüglich den übrigen, bereits eingehend diskutierten geriatrischen DRG's durchaus vergleichbar.

Es gilt, das folgende patienten- und systemfeindliche Szenario wirksam zu vermeiden (ansatzweise werden von den Leistungserbringern bereits solche oder ähnliche Lösungen diskutiert, deren Umsetzung dann in 2004 durchaus drohen könnte, wenn das System gegenüber der frührehabilitativen Geriatrie weiterhin „blind“ bleiben sollte):



Die Chirurgie in Krankenhaus A verlegt geriatrische Patienten mit Schenkelhalsfraktur nach operativer Versorgung nicht in die hauseigene Geriatrie, sondern in die Geriatrie von Krankenhaus B. Im Gegenzug verhält sich Krankenhaus B ebenso. Krankenhaus C verhält sich anders und verlegt in die eigene Geriatrie. Während die Krankenhäuser A und B auf diese Weise prinzipiell häufiger zwei DRG abrechnen könnten – die I08A für eigene, die I62A für die jeweils übernommenen Patienten, kann Krankenhaus C stets nur die I08A abrechnen und wird – obwohl vom Ansatz her immer wirtschaftlicher agierend als die Häuser A und B – über kurz oder lang mit dem Vorwurf der Unwirtschaftlichkeit konfrontiert: Zu lange Liegedauern, zu hohe Personalkosten für die Fallgruppe I08A. Krankenhaus C wird entweder versuchen, sich an dem „Ringtausch“ seiner Konkurrenten zu beteiligen, oder muss die Geriatrie institutionell ausgliedern.

Um dies zu verhindern, muss die besondere Konstellation in Krankenhaus C zunächst separat genauer analysiert werden. Daher sind geriatrierelevante chirurgische DRG's grundsätzlich in den Geriatriekatalog mit aufzunehmen. Das bedeutet umgekehrt, dass Krankenhäuser mit geriatrischer Fachabteilung entweder nicht in die allgemeine Kalkulationsstichprobe mit aufgenommen werden dürfen (ihre Kosten sind per definitionem im Geriatriekatalog zu berücksichtigen), oder sie dürften nur nach Ausgliederung ihrer Geriatriekosten (sofern möglich) bzw. nach Ausgliederung der Fälle, die einen Aufenthalt in der Fachabteilung für Geriatrie hatten, berücksichtigt werden. Für chirurgische Fälle mit interner Verlegung in die Fachabteilung Geriatrie sind dann die Gesamtkosten im Geriatriekatalog zu berücksichtigen, damit Krankenhäuser mit einer entsprechenden Fachabteilungsstruktur auch für ihre geriatrisch-frührehabilitativ behandelten Fälle eine einzelne, dann problemadaptierte DRG abrechnen können. Mit dem vorgeschlagenen Lösungsmodell kann diese Problemkonstellation zunächst sachgerecht abgebildet und weitergehend analysiert werden. Es ergibt sich folgendes Alternativschema:

„Echte“ Komplementär-Versorgung zweier Krankenhäuser:

Krankenhaus A:

Krankenhaus B:

Chirurgie, TEP, DRG **I08A**Geriatrie, OPS 8-550, **I62A*** (Geriatрикatalog)Krankenhaus C (Komplettversorger):

FAB Chirurgie

FAB Geriatrie: TEP + OPS 8-550, **I08A*** (Geriatрикatalog)

Sofern eine medizinische, nicht-operative Behandlung vorausgegangen ist, die selbst bereits in eine „geriatrietypische“ DRG führt (z. B. Apoplex mit initialer Behandlung auf einer neurologischen Intensivstation und nachfolgender Verlegung in die Fachabteilung Geriatrie), bleibt eine Unterscheidung weiterhin schwierig. Dies ist jedoch insbesondere für die Basis-DRG B70 als Problem bekannt. Da in dieser Gruppe quasi regelhaft Verlegungen stattfinden, die zumeist auch externe Verlegungen mit einschließen, stellt sich ein „Gesamtversorger“, der nur eine DRG abrechnen kann, diesbezüglich stets schlechter, als wenn sich Behandlungsteile auf verschiedene Krankenhäuser verteilen, da jedes für sich dann eine DRG abrechnet. Dieses Problem besteht jedoch grundsätzlich schon jetzt und ganz unabhängig von spezifischen Problembereichen. Der Effekt macht sich in all jenen Fallgruppen besonders bemerkbar, in denen regelhaft bestimmte Behandlungsteile von spezialisierten Versorgern übernommen werden und nur wenige Krankenhäuser über eine entsprechende eigene Fachabteilung verfügen, sodass Patienten regelhaft extern verlegt werden müssen.

Da die Basis-DRG B70 sehr viele Verlegungsfälle umfasst, ist beispielsweise eine gezielte kalkulatorische Ausgliederung der Kosten oder Fälle mit Geriatrieanteil damit auch für die Kalkulation des Hauptkatalogs von Vorteil. Mit der Ausgliederung wird einer der regelhaft involvierten „Nachbehandler“ von Schlaganfallpatienten aus der allgemeinen Kalkulation gezielt ausgegliedert, der aufgrund der besonderen Selektion mit durchschnittlich höheren Verweildauern ansonsten zur Heterogenität der Fallgruppe wesentlich beitragen würde. Mit einer Verbesserung der Homogenität der Fallgruppen im Hauptkatalog könnte also bei gezielter und begründeter Ausgliederung bestimmter Fälle zum Zwecke der Bildung eines Geriatrickatalogs gerechnet werden.

Aber auch für „Gesamtversorger“ (beispielsweise mit Stroke Unit und Geriatrie unter einem Dach) wird die Kalkulation im Rahmen eines Geriatrickatalogs insgesamt sachgerechter, da alle Behandlungsfälle aus allen Krankenhäusern, die diese Fachabteilungsstruktur aufweisen, zusammengeführt werden. Gleichzeitig stellt dies keinesfalls von vornherein einen Bestandschutz dar, da die jeweiligen Anbieter eines entsprechenden Behandlungsspektrums untereinander weiterhin in Konkurrenz stehen.

Als Eingangsvoraussetzung muss sichergestellt sein, dass die Anwendung des Geriatrickatalogs denjenigen Anwendern vorbehalten bleibt, die tatsächlich besondere geriatriische Versorgungsstrukturen einschließlich des notwendigen qualifizierten Personals vorhalten. Dies kann über eine entsprechende Zertifizierung mit Nachweis der notwendigen Strukturqualität und Personalqualifikation relativ einfach sichergestellt werden. Für die frührehabilitative Geriatrie wurden seitens der BAG bereits entsprechende Kriterien erarbeitet, an deren Nachweis beispielsweise auch eine Mitgliedschaft in der BAG gebunden ist.

Teilstationäre geriatriische Behandlungsleistungen

Prinzipiell wäre zwar eine Problemlösung analog zu der oben geschilderten auch für geriatriische Tageskliniken denkbar. Da jedoch schon aus leistungsrechtlichen und kalkulatorischen Gründen nicht damit gerechnet werden kann, dass teilstationäre Fallgruppen überhaupt in den

entsprechenden Fallgruppen des Katalogs für Hauptabteilungen oder in denen des Katalogs für geriatrisch-frührehabilitative Fachabteilungen würden aufgehen können, sollte der teilstationäre Bereich aus dem DRG-System ganz herausgenommen werden.

Für teilstationäre geriatrische Behandlungsfälle (zusammenhängende Behandlung ausschließlich an Werktagen über im Mittel 15-20 Berechnungstage) sind die australischen „Sameday“-DRG's unbrauchbar.

Aufgrund der organisatorischen, leistungsrechtlichen und informationstechnischen Besonderheiten ist der gesamte Sektor schon innerhalb der Geriatrie, erst recht jedoch mit Blick über verschiedene Fachbereiche hinweg, so heterogen, dass auf längere Sicht eine sachgerechte fallpauschalierte Abrechnung nicht möglich erscheint.

Die Zusammenführung von voll- und teilstationär erbrachten geriatrischen Behandlungsleistungen (Abrechnung einer DRG) würde definitiv geriatrische Einrichtungen, die beides vorhalten, flächendeckend zwingen, den zumeist gerade erst aufgebauten Leistungsbereich (1990-2000) wieder aufzugeben.

Eine Abrechnung von „Einheitspauschalen“ (gleiche Bewertungsrelationen für voll- oder teilstationär erbrachte Leistungen) ist ebenfalls nicht denkbar, zumal teilstationär behandelte Fälle dann auch in die Kalkulation der jeweiligen Fallgruppen mit eingehen müssten, wodurch Verzerrungen vorprogrammiert wären.

Deshalb wird vorgeschlagen, die teilstationären Leistungen der Geriatrie ganz aus dem DRG-System herauszunehmen und wie bisher über tagesgleiche Pflegesätze zu vergüten.

Anhang: Problembeschreibungen zu Einzelfallgruppen (Datenbasis: Fachkliniken)

Nachstehend werden die Fallgruppen der Tabelle 4 im Einzelnen näher erörtert. Dies erfolgt nicht mit dem Ziel, bereits jetzt konkrete umsetzbare Änderungsvorschläge abzuleiten, es soll zunächst der Problembeschreibung aus geriatrischer Sicht dienen. Nach wie vor spricht die Datenlage eindeutig dafür, dass weitergehende Detailanalysen zu geriatrischen Fallgruppen unbedingt erforderlich sind. Sollte sich jedoch aus anderen Gründen im Zuge der laufenden Kalkulation ein Änderungsbedarf in den nachstehenden Fallgruppen ergeben, dann sollten die nachfolgend ausgeführten Überlegungen aus geriatrischer Sicht unbedingt mit berücksichtigt werden.

B63Z Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion

Definition und Bezeichnung der Fallgruppe sind kritisch zu überprüfen. Eine vorbestehende, diagnostisch abgeklärte Demenz ist selten alleiniger Anlass einer geriatrischen Krankenhausbehandlung. Es sind in diesen Fällen eher neurologische und psychiatrische, akut exazerbierte Begleitsymptome (Delir, andere Psychosen, aggressives Verhalten etc.), die eine Indikation zur Aufnahme darstellen. Eine weitere größere Gruppe Patienten, die hier in die B63Z eingruppiert wird, sind solche mit zuvor noch nicht diagnostizierter Demenz. Dies erklärt zum Beispiel die hohe Prävalenz der CCT-Untersuchungen und der neuropsychologischen Therapie bzw. Diagnostik. Die dritte Gruppe schließlich stellen Schlaganfallpatienten (mindestens 30% der Fälle dieser Fallgruppe in der Geriatriestichprobe) mit typischen Begleitsymptomen (Inkontinenz, Aphasie, Hemiplegie). Allerdings liegt mit der Verschlüsselung der I69.3 als Hauptdiagnose zugleich nach DKR ein Kodierfehler vor und es ist nicht auszuschließen, dass sich dahinter einerseits fehlkodierte akute Schlaganfallpatienten verbergen (die in die Basis-DRG B70 gehören würden), andererseits tatsächlich auch Patienten mit „altem“ Schlaganfall und einer akut exazerbierten Begleitsymptomatik (die bei Hemiplegie im Vordergrund in die B67 bzw. bei Aphasie in die B81 bzw. bei Dysphagie in die G67A gehören würden). Dass allerdings die Kodierung HD=R13 mit ND=I69.3 in die Basis-DRG G67 mündet (Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 9 Jahre) ist am Rande erwähnt ebenfalls nicht sinnvoll – R13 in Verbindung mit I69.3 sollte in eine DRG der MDC 01 (Nervensystem) führen.

Die Unschärfe der Fallgruppendefinition und die noch bestehenden Kodierunsicherheiten hierzulande spiegeln sich in der Verweildauer-Heterogenität wieder (Erstkalkulationsstichprobe: geometrisch 8,2 Tage vs. arithmetisch 12,6 Tage; BAG-Stichprobe: geometrisch 16,5 Tage vs. arithmetisch 20,1 Tage). Die mittlere Verweildauer in der Stichprobe der Fachkliniken ist mit 17,9 Tagen länger als in der kombinierten Stichprobe einschließlich Fachabteilungen (16,5 Tage).

Geriatrische Fälle in der B63Z zeichnen sich neben der längeren Verweildauer durch einen deutlich höheren PCCL, ein etwas höheres Alter und einen deutlich höheren Anteil an Schlaganfallpatienten aus. Das aus den Verweildauereckwerten und den Relativgewichten des FP-Katalogs G-DRG V1.0 im Mittel resultierende Effektivgewicht von 1,116 erscheint als nicht sachgerecht für die Geriatrie. Die Fallgruppe ist in den Geriatriekatalog mit aufzunehmen.

B67A Degenerative Krankheiten des Nervensystems m. äußerst schweren oder schweren CC

Auch in dieser Gruppe lassen sich in der Geriatriestichprobe über 37% als postapoplektische Patienten identifizieren, bei denen die Hemiplegie als Hauptdiagnose und I69.3 als Nebendiagnose kodiert wurde. Die dokumentierten therapeutischen Leistungen mit Neuropsychologie bei 52% und Sprachtherapie bei 37% unterstreichen, dass die Hauptdiagnose häufiger auch

anders hätte festgelegt werden können. Postapoplektische Restzustände machen demgegenüber in der Erstkalkulationsstichprobe nur einen Anteil von etwa 8% aus.

Die zweite große Gruppe in der Geriatriestichprobe ist die der Parkinson-Patienten, die mit 33,3% allerdings einen geringeren Anteil ausmachen als beispielsweise in der Erstkalkulationsstichprobe. 65% der geriatrischen Patienten haben einen PCCL = 4, demgegenüber nur 32% der Patienten in der Erstkalkulationsstichprobe, obwohl die Fallgruppe überhaupt nur bei einem PCCL > 2 angesteuert wird. Dies unterstreicht den Selektionseffekt in der Geriatrie.

Da der PCCL das entscheidende Gruppierungsmerkmal in der Basis-DRG B67 ist und als unspezifischer Aufwandsindikator verwendet wird, sind die zugehörigen Gruppen auf jeden Fall in den Geriatriekatalog zu übernehmen. Es ist zu prüfen, inwiefern spezifische Leistungen (Komplexprozeduren) als zusätzliche Splitkriterien herangezogen werden müssen.

B70A Apoplexie mit schwerer oder komplizierender Diagnose/Prozedur

B70B Apoplexie mit anderen CC

B70C Apoplexie ohne andere CC

Die B70A ist die häufigste abrechenbare DRG der Geriatrie. Etwas über 70% der Patienten weisen einen PCCL = 4 auf im Vergleich zu 49% der Erstkalkulationsstichprobe. Die mittlere geometrische Verweildauer ist mit 25,2 Tagen bei geriatrischen Patienten deutlich gegenüber der kalkulierten MVD von 15 Tagen verlängert.

Ebenso wie zum Beispiel eine einfach diagnostische Ösophagogastrroduodenoskopie die Zuordnung zur B70A triggert ist dies auch für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung zu fordern. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung wird in den beiden Gruppen B70A und B70B in etwa gleicher Häufigkeit (ca. 80% der Fälle mit Prozedurdocumentation) durchgeführt. Schon aus diesem Grund müssen die Fallgruppen der Basis-DRG B70 in den Geriatriekatalog mit aufgenommen werden.

Im Hinblick auf bewertete Nebendiagnosen ist fachlich nicht nachvollziehbar, warum die nicht näher bezeichnete Hemiplegie (ICD G81.9) schweregradsteigernd ist, jedoch weder die schlaffe (ICD G81.0) noch die spastische Hemiplegie (ICD G81.1). Diese Diskrepanz ist mittels Gleichbewertung der Ziffern G81.0 und der G81.1 abzuschaffen.

Die B70C spielt in der Geriatrie keine wesentliche Rolle. Geriatrische Schlaganfallpatienten ohne eine der zentralen Triggerdiagnosen und ohne andere schweregradsteigernde Begleitsymptome und -erkrankungen kommen quasi nicht vor, zumal schon die Indikation – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund der Gruppendefinition zumeist in Frage gestellt werden kann.

B81A Andere Erkrankungen des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC

Aus geriatrischer Sicht wäre dies entweder die sinnvolle Fallgruppe der geriatrischen Sturzpatienten, oder die derjenigen geriatrischen Patienten, die ein multifaktoriell und gegebenenfalls auch iatrogen bedingtes Immobilitätssyndrom aufweisen und mit keiner einzelnen Hauptdiagnose sinnvoll abgebildet werden können. Eine solche Gruppe in der MDC 01 – Nervensystem zu verorten erscheint allerdings nicht unmittelbar plausibel.

Die Gruppe wurde im Rahmen der Erstkalkulation nur in geringer Fallzahl angesteuert (n=216), dann zumeist mit der Hauptdiagnose „Stürze“ (R29.81) gefolgt von „Sonstigen und nicht näher bezeichneten Störungen des Ganges und der Mobilität“ (R26.8). Beide Hauptdiagnosen – gleichwohl aus fachlich-geriatrischer Sicht durchaus sinnvoll – werden als R-

Diagnosen auch im Bereich der Geriatrie zukünftig wohl eher an Stellenwert verlieren. Das klinische Problem bleibt allerdings bestehen und die damit verbundenen Kodierprobleme auch. Aller Voraussicht nach wird für die betroffenen Patientengruppen die M96.8 „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Maßnahmen“ sowie M62.30 „Immobilitätssyndrom“ für diese Patienten verwendet werden, die damit in die MDC 08 (Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) wandern.

Eindeutige Kodierregeln wären erforderlich. „Stürze“ als eines der wichtigsten geriatrischen Syndrome muss kodierbar sein, auch wenn eine oder mehrere Ursachen diagnostiziert werden konnten oder Verletzungen als Sturzfolge eingetreten sind (vgl. hierzu Kodierleitfaden Geriatrie). Die DKR müsste dementsprechend angepasst werden. Die Fallgruppe ist für weitergehende Analysen in den Geriatriekatalog mit aufzunehmen.

B81B Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne äußerst schwere oder schwere CC

Diese geriatrische Gruppe hat offensichtlich kaum etwas mit derselben Gruppe in der Erstkalkulationsstichprobe gemein. 65% der geriatrischen Patienten haben einen PCCL = 2 gegenüber 20% in der Erstkalkulation, von denen zudem nur 9% über 74 Jahre alt waren (Geriatrie: 76%). Die Verweildauerdifferenz zwischen Erstkalkulation (4 Tage) und Geriatrie (16 Tage) liegt bei 12 Tagen. Das aktuelle Relativgewicht ist dementsprechend nicht sachgerecht und müsste für geriatrische Patienten deutlich höher liegen.

Aufgrund der großen Diskrepanzen sollte bei sonstigem Änderungsbedarf an dieser Fallgruppe berücksichtigt werden, dass nach Datenlage aus geriatrischer Sicht derzeit die folgende Modifikation der Splitkriterien der Basis-DRG (nicht nur nach PCCL, sondern zusätzlich nach Alter) als plausibel erscheinen würde:

B81A Andere Erkrankungen des Nervensystems, Alter >69 mit CC

B81B Andere Erkrankungen des Nervensystems, Alter < 70 mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter > 69 ohne CC

B81C Andere Erkrankungen des Nervensystems, Alter < 70 ohne äußerst schwere oder schwere CC

Die Aufnahme der Fallgruppen in den Geriatriekatalog erscheint jedoch prinzipiell zunächst sinnvoller und zielführender.

E62A Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane

Es handelt sich hier um eine relativ unproblematische DRG für primäre Akutbehandlung der Pneumonie bei geriatrischen Patienten („geriatrische Akutbehandlung“), auch wenn in der Geriatriestichprobe durchaus häufiger der OPS 8-550 dokumentiert wurde (Problem der Hauptdiagnosefestlegung bei multimorbiden Patienten mit multiplen Komplikationen in der Vorbehandlung). Die mittlere Verweildauer der Erstkalkulation liegt mit 11,2 Tagen relativ nahe bei der mittleren Verweildauer in der Geriatriestichprobe mit 15,8 Tagen. Ein spezifischer Anpassungsbedarf für die Geriatrie ist derzeit nicht unmittelbar erkennbar, eine Übernahme in den Geriatriekatalog erscheint nicht vordringlich notwendig.

F21A Andere OR-Prozeduren am Kreislaufsystem mit äußerst schweren CC oder Alter > 64Jahre ohne äußerst schwere CC

Es handelt sich hier um eine Gruppe geriatrischer Patienten, bei denen im Vordergrund ein fortgesetztes chirurgisches Wunddebridement steht und deren Hauptdiagnose entweder eine

höhergradige pAVK mit Gangrän oder Ulzeration, ggf. auf dem Boden eines Diabetes mellitus, oder die einer dekompensierten Herzinsuffizienz mit schwer herabgesetzter Belastbarkeit, Bettlägerigkeit und Dekubitus ist.

Nach vorläufiger simulierter Erlöskalkulation erscheint die Fallgruppe aufgrund längerer Verweildauer, fortgesetztem chirurgischen Wunddebridement und gleichzeitiger Durchführung einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung als besonders aufwändig.

Perspektivisch wird zu prüfen sein, ob nicht die Kombination aus chirurgischem Wunddebridement bzw. gleichwertiger nicht-chirurgischer Wundbehandlung mittels aufwändigem Verbandmaterial einerseits und gleichzeitiger geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung andererseits (OPS 8-550) die Kriterien für eine Prozeduren-getriggerte Pre-MDC erfüllen. Einzelne Subgruppen in der Geriatriestichprobe weisen jedenfalls in Abhängigkeit von der Hauptdiagnose wesentlich höhere mittlere Verweildauern von über 40 Tagen auf, die sich angesichts der Gruppendefinition in dieser Fallgruppe durchaus regelhaft häufen dürften.

Die Übernahme in den Geriatriekatalog erscheint für diese Fallgruppe notwendig.

F62A Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC

F62B Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC

Die F62A stellt unter anderem eine typische DRG der geriatrischen Akutbehandlung dar. Spezifische Prozedurendokumentationen fehlen hier häufiger als in anderen DRG's der Geriatrie, was zumindest in Teilen wohl darauf zurückzuführen ist, dass beispielsweise ein Monitoring der Herz-Kreislauffunktion oder der Nierenfunktion bislang nicht prozedural vernünftig abgebildet werden kann. Ergänzungsvorschläge zum OPS wurden dementsprechend dem DIMDI bereits übermittelt.

Problematisch ist vor allem die Fallgruppe F62B, die sich im Hinblick auf geriatrische Patienten kaum von der F62A unterscheidet und daher momentan als nicht sachgerecht erscheint. Dies kann mit daran liegen, dass der PCCL bei geriatrischen Patienten in 69% der Fälle den in dieser Gruppe maximalen Wert von 3 erreicht (bei einem Wertebereich von 0-3). Zudem sind 80% der Patienten in der Geriatrie über 74 Jahre alt und damit deutlich mehr als beispielsweise in der Erstkalkulationsstichprobe.

Aus diesem Grund sollte bei sonstigem Änderungsbedarf an dieser Fallgruppe berücksichtigt werden, dass in der Basis-DRG F62 aus geriatrischer Sicht derzeit ein zusätzlicher Alterssplitting durchaus plausibel wäre (ohne eine weitere DRG einzuführen, d.h. A-Gruppe mit äußerst schweren CC wie bislang plus ergänzend schwere CC bei über-74-jährigen, ansonsten B-Gruppe), z.B.:

F62A Herzinsuffizienz und Schock, Alter >74 mit äußerst schweren oder schweren CC oder Alter < 75 mit äußerst schweren CC

F62B Herzinsuffizienz und Schock, Alter > 74 ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 75 ohne äußerst schwere CC

Die Aufnahme der beiden Fallgruppen in den Geriatriekatalog erscheint jedoch prinzipiell zunächst sinnvoller und zielführender.

F65A Periphere Gefäßkrankheiten mit äußerst schweren oder schweren CC

Die F65A zählt aus geriatrischer Sicht zu den hochproblematischen Fallgruppen. Die Geriatrie behandelt beispielsweise in dieser Gruppe einen im Vergleich zur Erstkalkulationsstichprobe dreimal so großen Anteil Patienten mit schwerster pAVK im Stadium mit Gangrän

(ICD I70.24). Zudem haben doppelt so viele Patienten einen PCCL = 4 (60% im Vergleich zu 31%). Knapp 50% der Fälle sind high outlier oberhalb der oberen Grenzverweildauer. Der Verweildauerunterschied ist mit 13 Tagen im Mittel (20,4 vs. 7,3 Tage) dementsprechend beträchtlich.

Die Datenlage bezüglich Prozeduren ist in dieser Fallgruppe wenig ergiebig. Ob dies eine Systemlücke oder ein Kodierproblem reflektiert, kann momentan noch nicht sicher beurteilt werden. Vorsorglich ist diese Fallgruppe auf jeden Fall in den Geriatriekatalog aufzunehmen, sodass weitere Detailanalysen erfolgen können. Die derzeitige Bewertungsrelation der Fallgruppe ist aus geriatrischer Sicht nicht sachgerecht. Die Fallgruppe ist vordringlich in den Geriatriekatalog mit aufzunehmen.

G60A Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane mit äußerst schweren oder schweren CC

Die G60A zählt ebenfalls zu den geriatrisch hochproblematischen Fallgruppen. Es handelt sich hier zumeist um eine geriatrische frührehabilitative oder palliative (Nach-)Behandlung bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane, insbesondere des distalen Kolons. Der Komplexitätsgrad ist beträchtlich höher (74% gegenüber 29% mit PCCL=4), ebenso der Anteil hochaltriger Patienten (78% über 74 Jahre gegenüber 24%). Die mittlere Verweildauer geriatrischer Patienten ist gegenüber der mittleren Verweildauer in der Kalkulationsstichprobe extrem verlängert (17,3 Tage gegenüber 4,0 Tage).

Es bleibt momentan völlig unklar, welche Anpassung vorgenommen werden sollte, klar ist jedoch, dass geriatrische Patienten nach vorliegender Definition nicht in diese Fallgruppe passen. Das klinische Profil der geriatrischen Fallgruppe ist der Anlage beigelegt. Die Fallgruppe muss zwingend in den Geriatriekatalog aufgenommen werden, weitere onkologische Fallgruppen sind auf gleiche Weise zu überprüfen.

I28A Andere Eingriffe am Bindegewebe mit CC

Es handelt sich hierbei wiederum um eine Mischgruppe: Zumeist um Patienten nach Fraktur der unteren Extremität, überwiegend nach Femurfraktur, mit postoperativen Wundkomplikationen, die neben der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung einer fortgesetzten aufwändigen Wundbehandlung bedürfen.

Prinzipiell gelten ähnlich Überlegungen wie für die F21A. Die Gruppe ist dem Geriatriekatalog auf jeden Fall hinzuzufügen. Es sollte analysiert werden, ob die Kombination aus frührehabilitativer Komplexbehandlung und fortgesetzter aufwändiger Wundbehandlung die Voraussetzungen zur Bildung einer Pre-MDC auf Basis einer Prozedurenkombination (OPS 8-550 plus OPS 5-893.--) erfüllt. Die Fallgruppen der Basis-DRG I28 sind daher in den Geriatriekatalog mit aufzunehmen.

I62A Frakturen an Becken und Schenkelhals mit äußerst schweren CC

I62B Frakturen an Becken und Schenkelhals mit schweren CC

I62C Frakturen an Becken und Schenkelhals ohne äußerst schwere oder schwere CC

Die Basis-DRG I62 ist von den Fallzahlen her die zweithäufigste in der Geriatrie. Die Daten der Erstkalkulation sind für Vergleichszwecke ungeeignet, da Chirurgie-, Anästhesie- und Implantatkosten in erheblichem Maße in die Kalkulation dieser an sich zur medizinischen Partition gehörenden DRG eingegangen sind.

Es ist davon auszugehen, dass die Fehlzugeordnungen bereits mit dem nächsten Katalog wieder bereinigt sind. Damit dürften die Relativgewichte deutlich nach unten korrigiert werden. Diese Fallgruppen sind daher auf jeden Fall in den Geriatriekatalog aufzunehmen.

Die für die Fallkosten in der Geriatrie hier hauptsächlich relevante Verweildauer unterscheidet sich kaum zwischen den strikt nach PCCL getrennten Fallgruppen. Ungewöhnlich im Vergleich zu anderen geriatrischen Fallgruppen kommen alle drei abrechenbaren DRG der Basis-DRG (I62A, I62B, I62C) in nennenswerten Fallzahlen vor. Alle drei Gruppen haben zudem einen hohen Anteil über-74jähriger Patienten (85 - 90%).

Die Verwendung des PCCL als alleiniges Splitkriterium innerhalb der Basis-DRG I62 kann daher aus geriatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Auch die derzeitigen Bewertungsrelationen und mittleren Verweildauern der Erstkalkulationsstichprobe lassen nicht die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen PCCL=4 und PCCL=3 erkennen, wobei dies nicht sicher verwertbar ist wegen des unklaren Anteils chirurgischer Behandlungsfälle in diesen DRG's.

Bei anderweitig sich ergebendem Änderungsbedarf wäre derzeit zu empfehlen, dass eine Dreiteilung anhand der Art der Behandlung vorgenommen wird, z.B.:

- I62A Geriatrische Komplexbehandlung nach Frakturen an Becken und Schenkelhals
- I62B Sonstige Behandlung nach Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit äußerst schweren oder schweren CC
- I62C Sonstige Behandlung nach Frakturen an Becken und Schenkelhals, ohne äußerst schwere oder schwere CC

Vorzugsweise sind die Fallgruppen jedoch in den Geriatriekatalog aufzunehmen, zumal es sich bei der zugehörigen Basis-DRG um die zweithäufigste in der Geriatrie handelt.

I69A Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC

Diese Fallgruppe geht zumeist aus einer chirurgischen Fallgruppe hervor. Dies belegt schon die Position der Ziffer ICD Z96.6 als dritthäufigste Nebendiagnose im geriatrischen DRG-Profil der Fallgruppe. Diese ICD-Ziffer findet sich erst an 8. Position und dreimal seltener in der Stichprobe der Erstkalkulation. Dort ist die häufigste Hauptdiagnose die der „sonstigen seropositiven chronischen Polyarthritiden an mehreren Lokalisationen“, in der Geriatriestichprobe der BAG ist es die „sonstige primäre Koxarthrose“.

Die häufigsten 12 Hauptdiagnosen in der Geriatriestichprobe machen 79% der Fälle aus. In der Erstkalkulationsstichprobe finden sich davon nur 6 unter den 12 häufigsten, die zusammen nur 27% der Fälle ausmachen. Die mittlere Verweildauer in der Erstkalkulationsstichprobe liegt bei 10 Tagen, in der Geriatriestichprobe der BAG bei 20 Tagen.

Die Splitkriterien der I69 basieren auf Alter und PCCL. Die A-DRG verlangt ein Alter über 74 Jahren und mindestens einen PCCL = 3. In der Geriatriestichprobe haben 46% der Fälle in der I69A einen PCCL = 4 gegenüber nur 26% der korrespondierenden Fälle in der Erstkalkulationsstichprobe. Dort haben allerdings auch nur knapp 7% eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung erhalten, während dies auf 57% der Fälle in der Geriatriestichprobe zutrifft.

Die abrechenbaren DRG's unter der Basis-DRG I69 (I69A bis I69C) sind deshalb vordringlich in den Geriatriekatalog mit aufzunehmen. Es muss geprüft werden, ob und wie ein zusätzlicher Split in Bezug auf die Art der Behandlung vorzunehmen ist. Während in der Erstkalkulationsstichprobe die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung die häufigste

Prozedur war, tritt sie zugleich weder im Prozedurenprofil der I69B noch der I69C überhaupt unter den häufigsten 15 Prozeduren auf.

Unabhängig von der grundsätzlich zu bevorzugenden Lösung der Kalkulation eines Geriatriekatalogs, in den diese DRG's dann zunächst unverändert aufgenommen werden könnten, spricht diese Konstellation dafür, zu prüfen, ob nicht das PCCL-Splitkriterium (zwischen I69A und I69B) sinnvoll zu ersetzen wäre durch das Kriterium der Behandlungsart: Patienten in dieser Gruppe sind per Definition bereits 75 Jahre alt oder älter, d.h. in Verbindung mit äußerst schweren oder schweren CC werden sie eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung benötigen und erhalten, sonst macht die Gruppe unter DRG-Gesichtspunkten eigentlich keinen Sinn und setzt zudem falsche Anreize, weil nur die Fallattribute vergütet werden, nicht aber die Leistung zur Erfüllung des dadurch charakterisierten Behandlungsbedarfs.

Die frührehabilitative Geriatrie spricht sich im Falle, dass anderweitig Änderungsbedarf an dieser DRG besteht und ein Geriatriekatalog nicht realisiert werden kann, für folgende Splitkriterien aus:

- I69A Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter > 74 Jahre mit geriatrischer Komplexbehandlung
- I69B Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien Alter > 74 Jahre ohne geriatrische Komplexbehandlung
- I69C Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien, Alter < 75 Jahre

Die Aufnahme der Fallgruppen in den Geriatriekatalog erscheint jedoch prinzipiell zunächst sinnvoller und zielführender.

I71A Muskel- und Sehnenerkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC

Hier handelt es sich vermutlich um eine Fallgruppe, aus der sich die Geriatrie wieder zurückziehen wird (bzw. muss). In diese Fallgruppe werden (wurden) geriatrische Fälle gruppiert, bei denen es ein gravierenderes Problem im Zusammenhang mit der Festlegung einer einzelnen organmedizinischen Hauptdiagnose gab.

Da die Geriatrie funktionell denkt und handelt wurde in einigen Kliniken (mittlerweile tragen insgesamt nur noch fünf Geriatrien Fälle zu dieser Fallgruppe bei) auf die Kategorie „R26.2 - Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert“ zurückgegriffen, womit vom klinischen Impetus der kodierenden Geriater her zumeist nichts anderes ausgedrückt werden soll als mit der Kategorie „R26.8 – Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität“. Sicher ließe sich über die Unterscheidbarkeit der R26.2 gegenüber der R26.8 philosophieren – nicht so jedoch im klinischen Alltag.

Erstaunlich genug führt die Hauptdiagnose R26.8 in die B81 (Nervensystem), die Hauptdiagnose R26.2 jedoch in die I71 (Muskel-/Skelettsystem und Bindegewebe). Der Unterschied macht sich vermutlich an der Differenzierung von „Gehbeschwerden“ gegenüber „Gangstörungen“ fest.

Wie dem auch sei, die geriatrischen Fälle der I71 werden zum Teil in der B81 auftauchen bzw. von dort dann mit der Hauptdiagnose M96.8 entweder in die I73 („Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes“), oder mit der Hauptdiagnose M62.30 in die I72 („Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln“) eingruppiert, wo sie aber wiederum jeweils nur solange bleiben werden, bis auch diese Gruppen für geriatrische Patienten nicht mehr sinnvoll genutzt werden können.

Es wird sich lohnen, diese Gruppen weiter zu beobachten, wenn keine tragfähige Geriatrielösung gefunden wird. Ihre weitere Entwicklung reflektiert dann die Not der Geriater beim Ko-

dieren, hat aber mit Medizin und Ökonomie nur soviel zu tun, als dass die Kodierverzweiflung versucht, ein irgendwie akzeptables Entgelt zu finden. Einschlägige Fallbeispiele zur Problematik werden im „Kodierleitfaden Geriatrie“ beschrieben. Es muss in diesem Zusammenhang betont werden, dass die Fachvertretungen der Geriatrie sich fortgesetzt um eine vollständig richtlinienkonformen, einheitliche Kodierung in der Geriatrie bemühen und genau aus diesem Grund auch den Kodierleitfaden entwickelt haben. Es ist dennoch darauf hinzuweisen, dass eine nicht sachgerechte Abbildung der frührehabilitativen Geriatrie in verstärktem Ausmaß zu einer ökonomisch motivierten Ausschöpfung aller Möglichkeiten der DKR führen muss, solange dieses Problem besteht.

Es sollte die grundsätzliche Frage, wofür die Fallgruppe I71A „Muskel- und Sehnenerkrankungen, Alter > 69 Jahre mit CC“ im Krankenhaus benötigt wird, gestellt und beantwortet werden. In der Geriatriestichprobe sind 50% der Patienten über 80 Jahre alt, das Nebendiagnosenprofil deutet auf eine vorrangig geriatrietypische Multimorbidität, das Prozedurenprofil auf einen komplexen Behandlungsbedarf, die Verweildauer auf einen frührehabilitativen Behandlungsbedarf bei Immobilität und Sturzneigung in Verbindung mit weiteren internistischen und psychiatrischen Komplikationen. Sie wäre in Verbindung mit der Prozedur OPS 8-550 daher eine durchaus sinnvolle Fallgruppe. In der Erstkalkulationsstichprobe wird diese DRG demgegenüber praktisch überhaupt nicht benötigt bzw. nur für Patienten mit Gelenk- oder Muskelschmerzen (n=60, 0,01% von allen bzw. 0,09% der Fälle in der MDC).

Das primäre Splitkriterium ist das Alter, die zugeordneten Hauptdiagnosen sind unspezifisch. Ältere Patienten mit einem aus organmedizinischer Sicht unspezifischen Beschwerdebild und komplexeren Begleiterkrankungen haben entweder einen Frührehabilitationsbedarf, der sich mit den organmedizinisch dominierten Diagnosen nicht spezifischer formulieren lässt, oder sie haben keinen solchen Bedarf, dann ist ihre Behandlung auch weniger kostenträchtig. Da es zu verhindern gilt, dass die Komorbidität älterer Patienten ökonomisch ausgenutzt werden kann, sollte im typisch geriatriischen Alterssegment (>69 Jahre) als Splitkriterium die geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung eingeführt werden, während in den Altersbereichen darunter die Differenzierung nach PCCL gemäß australischem Vorbild belassen werden könnte, z.B.:

- I71A Muskel- und Sehnenerkrankungen, Alter > 69 Jahre mit geriatriischer frührehabilitativer Komplexbehandlung
- I71B Muskel- und Sehnenerkrankungen, Alter < 70 Jahre mit CC oder Alter > 69 Jahre ohne geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung
- I71C Muskel- und Sehnenerkrankungen, Alter < 70 Jahre ohne CC

Grundsätzlich ist es allerdings sinnvoller, diese Fallgruppen ebenfalls in den Geriatriekatalog mit aufzunehmen. Auch im Hinblick auf diese Fallgruppe (Nebendiagnosen) sollte zudem vordringlich sicher gestellt werden, dass geriatriische Sturzpatienten mittels der Kodierung von Stürzen (ICD R29.81) auch dann als solche erkennbar bleiben, wenn eine mögliche Sturzursache bzw. Sturzfolge bekannt ist. Dies erfordert eine entsprechende Modifikation der DKR. Der ICD-Code „R29.81 Stürze“ wäre dann unter den schweregradrelevanten Nebendiagnosen zu berücksichtigen.

I75A Verletzung an Schultergelenk, Arm, Ellenbogengelenk, Kniegelenk, Bein oder Sprunggelenk, Alter > 64 Jahre mit CC

Hier handelt es sich um eine hochproblematische geriatriische Patientengruppe, deren Erfordernis für und Anspruch auf eine geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung durch die DRG-Einführung in Deutschland bereits jetzt beeinträchtigt ist.

Geriatrische Kliniken werden 2004 kaum mehr bereit und in der Lage sein, entweder Patienten zu behandeln, die in diese und die zugehörige Basis-DRG fallen, oder sich bemühen müssen, Behandlungsfälle so zu kodieren, dass nicht diese oder eine andere zur Basis-DRG gehörende Fallgruppe resultiert.

Schon die AR-DRG-Relativgewichte – insbesondere der I75B – erschienen im Verhältnis zu anderen Fallgruppen für geriatrische Behandlungsfälle als nicht sachgerecht (Relativgewicht nach AR-DRG v4.1: I75A = 2,09; I75B = 0,94).

Das Problem liegt zum einen in der Definition der zugeordneten Hauptdiagnosen, wodurch ganz unterschiedlich gelagerte Fälle zusammengefasst werden, nämlich solche mit Frakturen der oberen Extremität und solche mit Frakturen der unteren Extremität. In der Geriatriestichprobe liegt die mittlere geometrische Verweildauer geriatrischer Patienten mit Fraktur der proximalen Tibia bei 27 Tagen, die bei proximaler Humerusfraktur demgegenüber bei 22 Tagen, während in der Erstkalkulationsstichprobe die mittlere Verweildauer der Gesamtgruppe bei nur 9 Tagen liegt.

Der Bedarf an geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung ist in den benannten Subgruppen ganz unterschiedlich gelagert, wobei zu beachten ist, dass insgesamt 50% der Patienten in der geriatrischen Fallgruppe über 80 Jahre alt sind.

Bei proximaler Humerusfraktur ist die Frage der Behandlungsdauer, -art und -intensität eine Frage, die an das prämorbid Funktionsniveau, die psychosoziale Situation, die Umstände der Fraktur (Stürze, Kognition etc.) sowie die Exazerbation der begleitenden geriatritypischen Multimorbidität gebunden ist – in jüngeren Altersgruppen ist die Frage eines Krankenhausaufenthalts fast nur eine Frage der Operationswürdigkeit der Fraktur.

Bei proximaler Tibiafraktur oder Trimalleolarfraktur sind Behandlungsdauer, -art und -intensität in der frührehabilitativen Geriatrie eng gekoppelt an die Art und Belastungsstabilität der operativen Versorgung. Ein Fixateur externe oder eine Mobilisierung unter Teilbelastung sind erhebliche erschwerende Faktoren, die eine Entlassung nach Hause bei über 80jährigen Patienten deutlich hinauszögern können. Zumal dann, wenn abklärungs- und behandlungsbedürftige kognitive Defizite vorliegen (erkennbar etwa am Prozedurenspektrum).

Das Prozedurenprofil in der Geriatrie ist deshalb kein Irrtum, sondern Teil und Ausdruck des Geriatrieproblems: Die Notwendigkeit einer kranialen Computertomographie oder neuropsychologischen Therapie bei Oberarmfraktur erschließt sich unmittelbar aus der Tatsache, dass eine Demenz und andere kognitive Defizite im höheren Alter zu den bedeutsamen ätiologischen Faktoren der Sturzkrankheit gehören, in deren Folge dann gehäuft und wiederholt Verletzungen und Frakturen insbesondere der unteren, aber auch der oberen Extremität resultieren. Auch aus diesem Grund muss das Sturzsyndrom spezifisch kodierbar sein.

Derzeit bestehen leider bereits keine Aussichten mehr, diese Problemlage noch vor Beginn der Konvergenzphase zu korrigieren: Die DKR könnten frühestens mit Gültigkeit für 2004 geändert werden, die resultierenden Daten frühestens in die Kalkulation 2005 eingebracht werden, deren Ergebnisse dann frühestens 2006 vergütungsrelevant wären, vorausgesetzt alle zwischenzeitlichen Änderungen würden stets unverzüglich, vollständig und korrekt umgesetzt werden.

Wenn hier nicht gegengesteuert wird (aus geriatrischer Sicht ist eine völlig neue Falldefinition erforderlich: Fälle mit Verletzungen der oberen Extremität sind von denen mit Verletzung der unteren Extremität zu trennen und innerhalb der dann resultierenden Gruppen wäre wiederum nach frührehabilitativer Komplexbehandlung bzw. deren Fehlen zu unterscheiden), dann steht ernsthaft zu befürchten, dass eine Beeinträchtigung der Versorgung dieser Patienten aus der Nicht-Berücksichtigung der besonderen Versorgungsstrukturen in der frührehabilitativen Ge-

riatrie bzw. aus der nicht sachgerechten Abbildung des besonderen Versorgungsbedarfs dieser Patienten frühzeitig resultiert.

Fachintern ist bereits jetzt spürbar, dass in dieser DRG die Zahl der Patienten steigt, die nach entsprechendem Akutereignis direkt in Kurzzeitpflegeeinrichtungen entlassen werden, statt dass sie ein geriatrisches Assessment erhalten (Untersuchung von Kognition, Affekt, sozialer Situation, Selbsthilfefähigkeit etc.) und in Abhängigkeit von den Ergebnissen eine indikationsübergreifende geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, von der nachweislich die meisten behandelten Patienten so profitieren, dass sie schlussendlich doch nach Hause entlassen werden können.

Diese Fallgruppen müssen daher ebenfalls vordringlich in den eigenständigen Geriatriekatalog aufgenommen werden, spätere Anpassungsbemühungen werden sich mangels Fallzahlen ansonsten möglicherweise von selbst erübrigen. Ad hoc Lösungen können derzeit nicht vorgeschlagen werden, da für eine gänzlich neue Fallgruppenstruktur tatsächlich valide und repräsentative Kostendaten vorliegen sollten.

Literatur

1. Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL, Wieland D. Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. *J Am Geriatr Soc.* 1991 Sep;39(9 Pt 2):8S-16S
2. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet.* 1993 Oct 23;342(8878):1032-6.
3. Wieland D, Stuck AE, Siu AL, Adams J, Rubenstein LZ. Meta-analytic methods for health services research--an example from geriatrics. *Eval Health Prof.* 1995 Sep;18(3):252-82.
4. Stuck AE, Rubenstein LZ, Wieland D. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. Asymmetry detected in funnel plot was probably due to true heterogeneity. *BMJ.* 1998 Feb 7;316(7129):469
5. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002 Feb 27;287(8):1022-8.
6. Nikolaus T, Becker C. A controlled trial of geriatric evaluation. *N Engl J Med.* 2002 Aug 1;347(5):371-3
7. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Oster P, Schlierf G. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing.* 1999 Oct;28(6):543-50.
8. Borchelt M, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E. Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie. *Z Gerontol Geriatr.* 1999 Feb;32(1):11-23.