

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Klinisch-Geriatriischen
Einrichtungen e.V.

 Deutsche Gesellschaft
für Geriatrie e.V.

 DGGG

Informationsaustausch zur Weiterentwicklung des DRG- Fallpauschalensystems

Anhörung im Bundesministerium
für Gesundheit und Soziale Sicherung
Bonn, 26.01.2004

1. Weiterentwicklung des Lösungsansatzes für frührehabilitative Leistungen

I. Der Lösungsansatz erscheint als grundsätzlich tragfähig

◆ Vorrangige Probleme:

- Selektive Gruppierungsrelevanz des OPS 8-550.-
- Fehlende Differenzierung der „Geriatric-DRG“

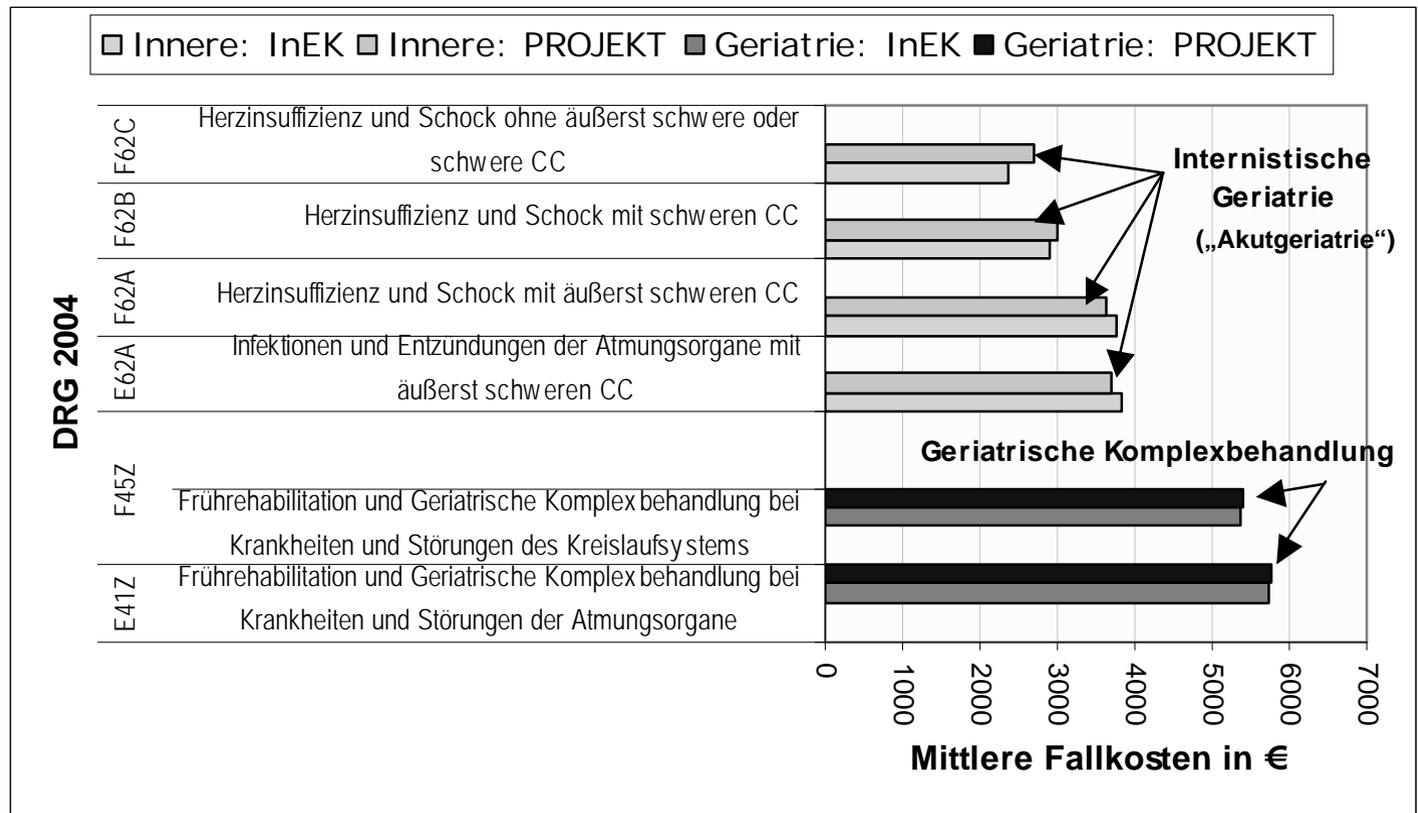
◆ Weitere Probleme:

- Kombinierte Wund- und Komplexbehandlung
- Komplexbehandlung bei Malignompatienten
- Algorithmusposition für 901Z, 902Z, 903Z



1. Weiterentwicklung des Lösungsansatzes für frührehabilitative Leistungen

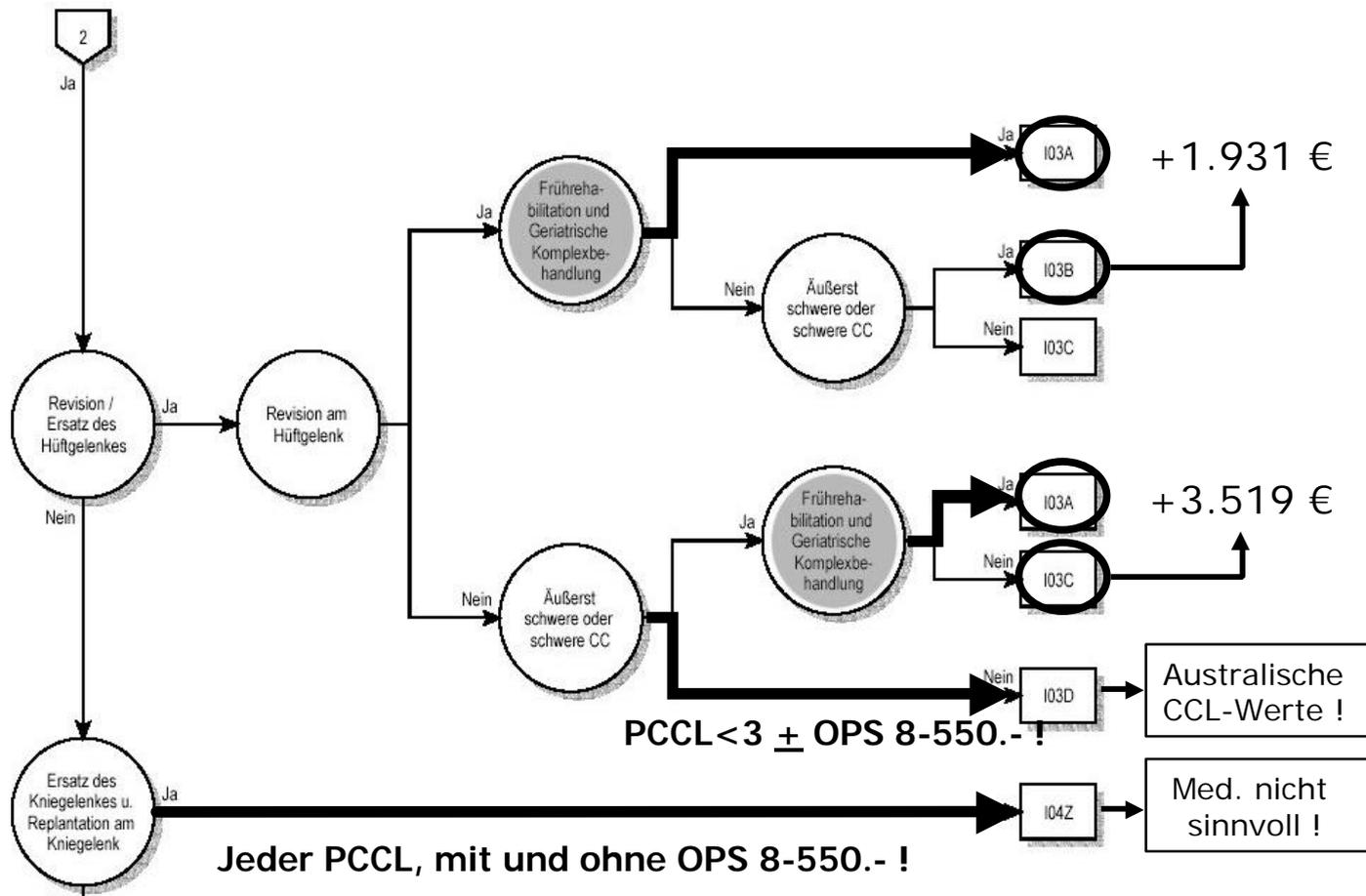
A) Der für 2004 implementierte Lösungsansatz erscheint als grundsätzlich tragfähig



Daten: - G-DRG V2003/2004 Report-Browser © 2003 InEK gGmbH (Orange)
- Projekt zur Nachkalkulation von Fallkosten in der Geriatrie © 2003 FGG (Blau)

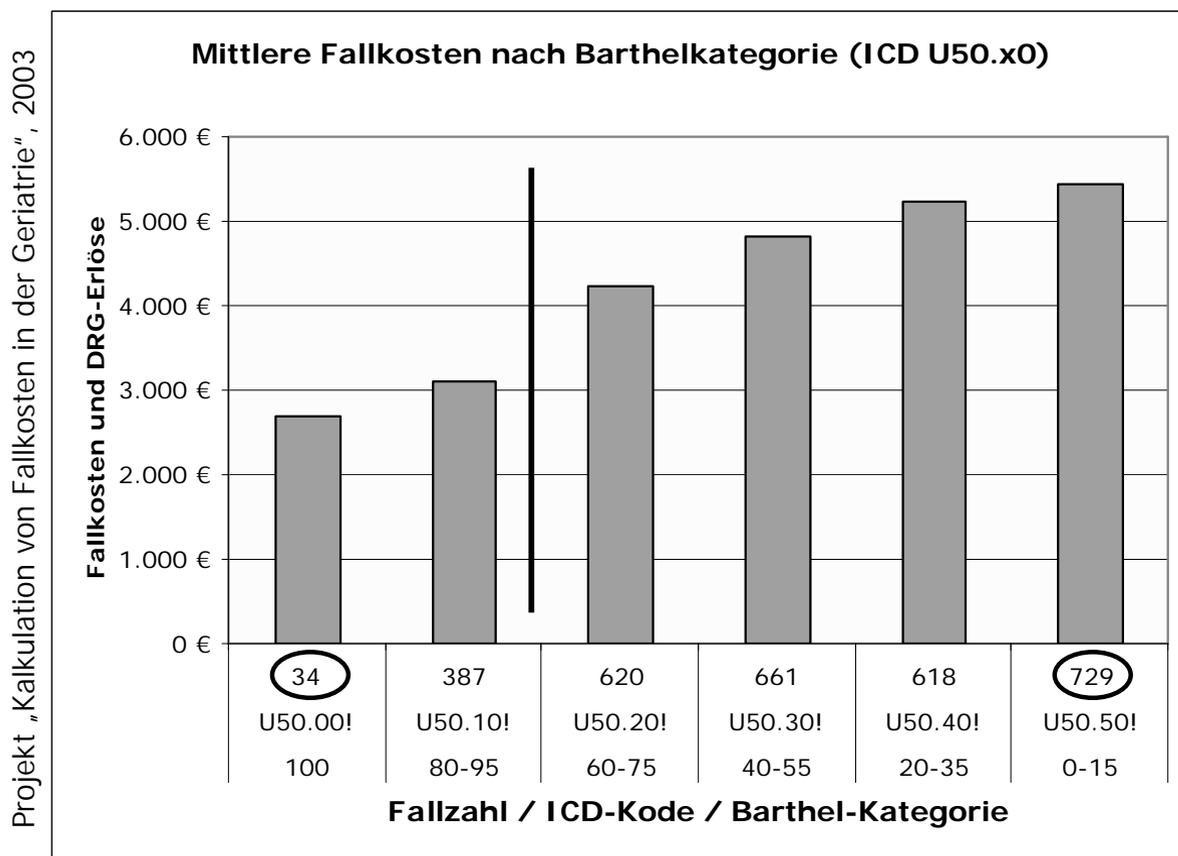
1. Weiterentwicklung des Lösungsansatzes für frührehabilitative Leistungen

B) Selektive Gruppierungsrelevanz am Beispiel der ADRGs I03, I04:



1. Weiterentwicklung des Lösungsansatzes für frührehabilitative Leistungen

C) Fehlende Differenzierung der Geriatrie-DRGs
B42C, E41Z, F45Z, G51Z, I41Z
nach Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung:

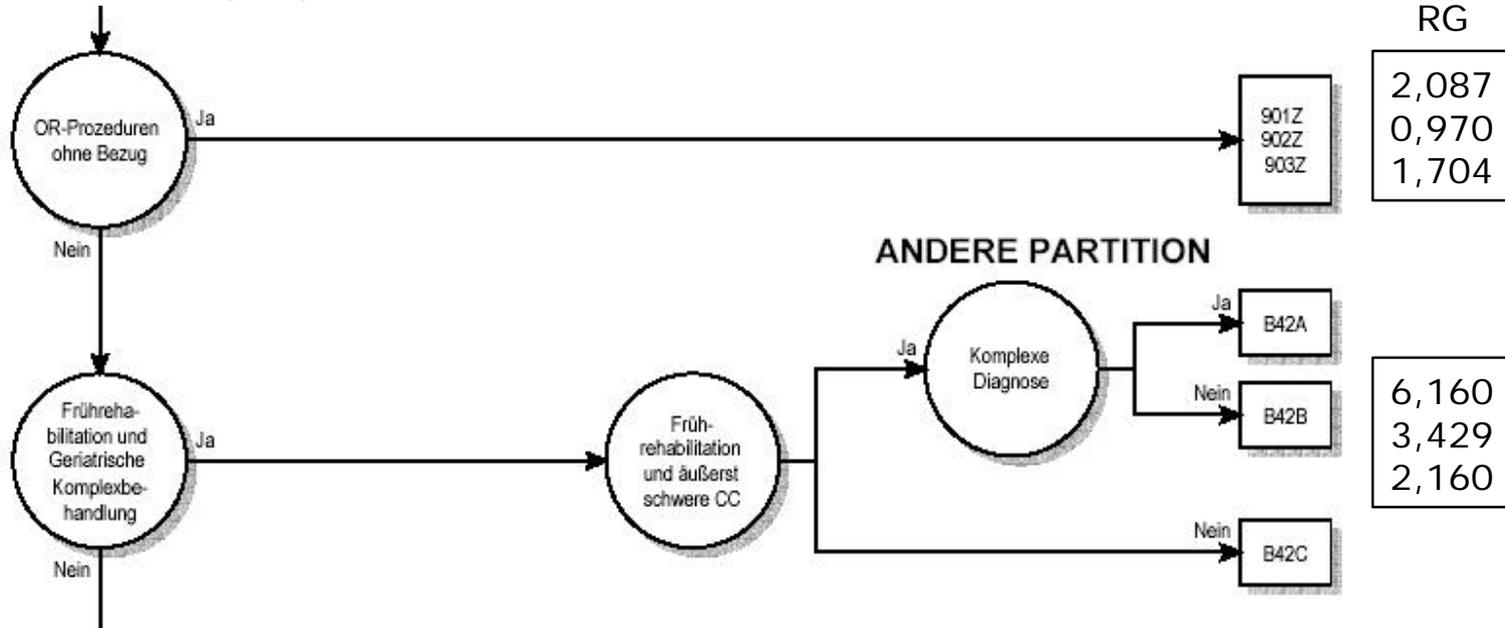


Daten: GEMIDAS plus Kalkulationsprojekt 2003

1. Weiterentwicklung des Lösungsansatzes für frührehabilitative Leistungen

D) Algorithmusposition für Prüfung auf „OR-Prozeduren ohne Bezug“ nicht sinnvoll

Entscheidungslogik in der MDC 01 (Ausschnitt):



Voraussichtliche Konsequenz:

Kodierung von OR-Prozeduren „ohne Bezug“ wird vermieden werden !

2. Auswirkungen der KFPV 2004 auf die teilstationäre geriatrische Versorgung



- A) Schätzwerte zur Zahl der teilstationären BT, die der oGVD-Regel nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 unterliegen werden

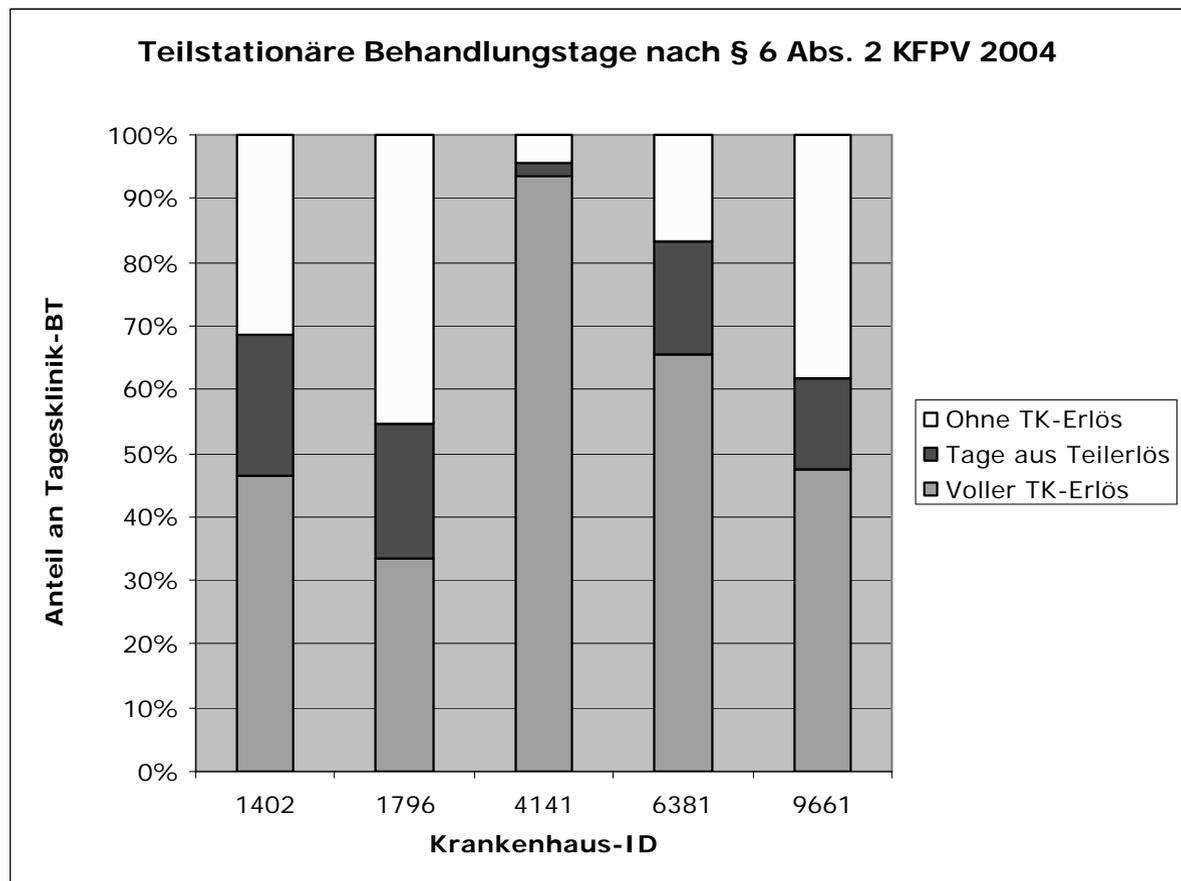
- B) Uneinheitliche Handhabung bzw. Unklarheiten bei der Abrechnung/Dokumentation teilstationärer Fälle

2. Auswirkungen der KFPV 2004 auf die teilstationäre geriatrische Versorgung

A) Schätzwerte zur Zahl der teilstationären BT, die der oGVD-Regel unterliegen werden:



Projekt „Kalkulation von Fallkosten in der Geriatrie“, 2003



2. Auswirkungen der KFPV 2004 auf die teilstationäre geriatrische Versorgung

B) Uneinheitliche Handhabung bzw. Unklarheiten bei der Abrechnung/Dokumentation:

- I. Teilstationäre Falldefinition:
 - **Quartalsweise ?**
 - **Tageweise ? Wochenweise ?**
 - **Verweildauer mit „Fehltagen“ in Feld „Beurlaubungstage“ ?**
- II. „Patientennummer“ fehlt zumeist (2002: ~50%)
- III. Rückwirkung auf zuvor abgerechnete DRG bei „verteilter“ Leistung ?
- IV. Voller teilstationärer Erlös bei Erstaufnahme in die TK und vorübergehender vollstationärer Überwachung ?
- V. Verschiebung von Budgetanteilen aus dem teilstationären Bereich in den DRG-Bereich ?
- VI. Transportkosten (zumeist) nicht Budgetbestandteil



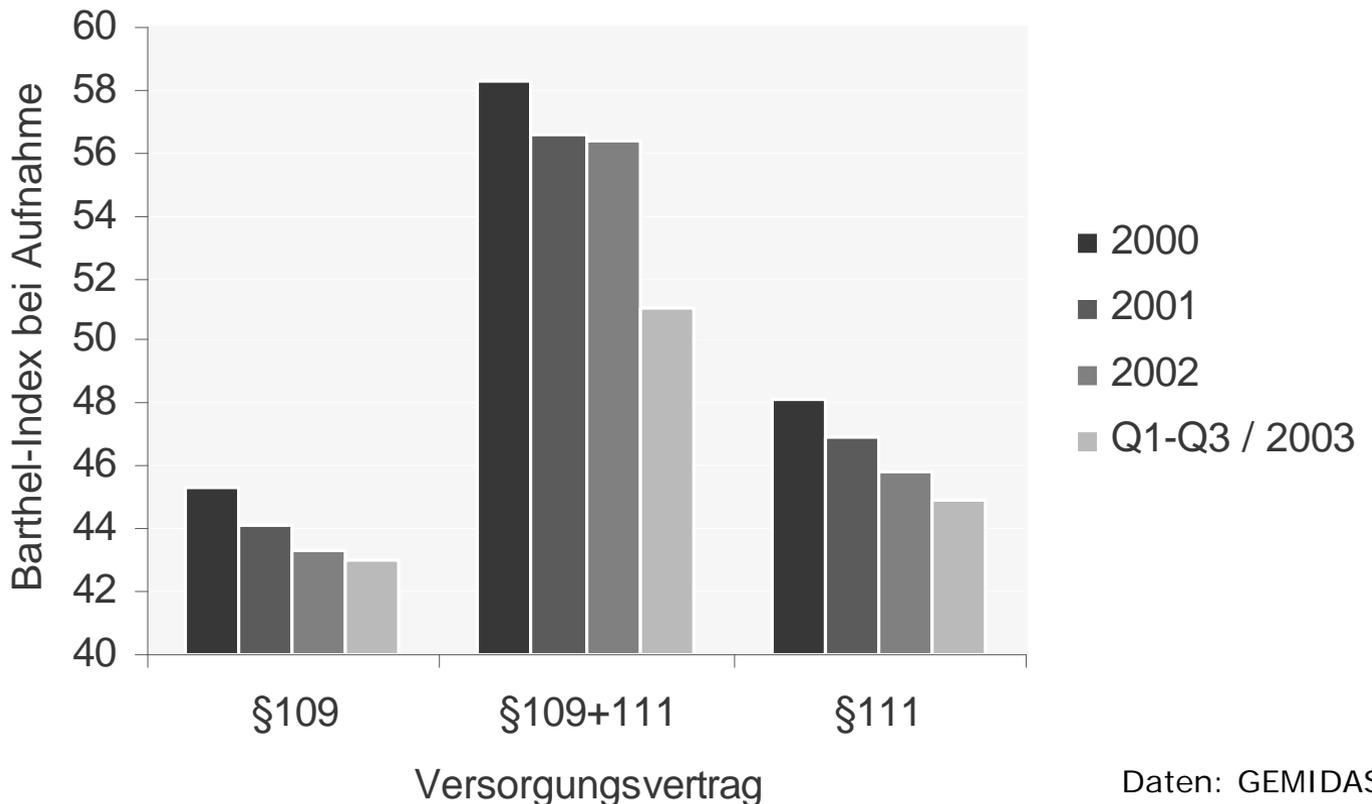
3. Krankenhausindividuelle Vereinbarungen: Unkalkulierbare Budgetrisiken ?



- A) Zunehmende Zahl funktionell schwerst beeinträchtigter geriatrischer Patienten
- B) Kumulativer Effekt der neuen Abrechnungsregeln nicht sicher kalkulierbar und nur schwer prospektiv einschätzbar

3. Krankenhausindividuelle Vereinbarungen: Unkalkulierbare Budgetrisiken ?

A) Zunehmende Zahl funktionell schwerst beeinträchtiger geriatrischer Patienten:



Daten: GEMIDAS



3. Krankenhausindividuelle Vereinbarungen: Unkalkulierbare Budgetrisiken ?

B) Kumulativer Effekt der neuen Abrechnungsregeln
nicht sicher kalkulierbar und nur schwer prospektiv
einschätzbar:

- I. Anzahl Wiederaufnahmen und Rückverlegungen
nach § 2 und § 3 KFPV 2004
- + Anteil teilstationäre BT, die voraussichtlich unter die
oGVD-Regel nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 fallen
(= Verlagerung des zugehörigen Budgetanteils ?)
- + Kosten bzw. Budgetanteil für Patienten mit
„Diabetischem Fuß“ (K01A)
- + ZE40-Budgetanteil für die Versorgung
schwerstbehinderter geriatrischer Patienten
- + OPS 8-550 außerhalb von „Geriatric-MDC“ ??:
Vergleichbare Kosten, geringere Erlöse



4. Qualitätswettbewerb oder Erlösoptimierungswettstreit ?



- A) Geriatrische Komplexbehandlung erfordert Krankenhausressourcen
- B) Geriatrische Komplexbehandlung wird auch über ein Abrechnungskonstrukt nach § 111 SGB V vergütet
- C) Das vorgeschlagene Kriterium „erfordert Zusatzqualifikation »Klinische Geriatrie«“ wurde für den OPS 8-550 2004 nicht implementiert
- D) Die Geriatrie bereitet sich aktiv auf den Qualitätswettbewerb vor und fordert faire Ausgangsbedingungen (gegen Erlösoptimierung zu Lasten geriatrischer Patienten)

4. Qualitätswettbewerb oder Erlösoptimierungswettstreit ?

A) Geriatrische Komplexbehandlung erfordert Krankenhausressourcen (keine „Kann-Leistung“):



Qualitätssicherung in der geriatrischen Komplexbehandlung in Deutschland:
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien e.V. (BAG)

Auswahl

Versorgungsform: Alle Krankenhaus Reha-Einrichtung

Institutionelle Einbindung: Alle Fach-KH o. -Abt. KH- und Reha-Abt. Reha-Abt. am/im KH Reha-Klinik/-Abt.

Qualitätsbewertung: Struktur Externer Vergleich Benchmarking

Auswahlliste der Einrichtungen (alle Formen) mit dokumentierter Strukturqualität:

PLZ	Einrichtung	Merkmale
01155	Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt (Dresden (Sachsen), Sachsen)	Reha
01471	Geriatrische Rehabilitationsklinik (Radeburg, Sachsen)	Reha
01598	Klinikum Niederlausitz GmbH (Kloetzke, Brandenburg)	FAB EQS
02149	Krankenhaus Forst GmbH (Forst, Brandenburg)	FAB DRG
04129	Städtisches Klinikum St. Georg Leipzig (Leipzig, Sachsen)	FAB
06526	Krankenhaus am Rosarium GmbH (Sangerhausen, Sachsen-Anhalt)	FAB DRG
06844	Diakonien-Krankenhaus Dessau gGmbH (Dessau, Sachsen-Anhalt)	FAB DRG
07560	Kreis-Krankenhaus Ronneburg (Ronneburg, Thüringen)	FKH EQS DRG KALK
08249	KirchKlinik Elabrunn gGmbH (Elabrunn, Sachsen)	FAB DRG
10245	Klinikum Prenzlauer Berg (Berlin)	FAB KALK
12089	Vivantes WERCKERBACH-KLINIKUM (Berlin)	FAB KALK
12157	Augusta-Wiktoria-Krankenhaus (Berlin)	FAB KALK
12351	Ida-Wolff-Geriatriecentrum (Berlin)	FKH EQS
13125	Geriatrisches Zentrum Berlin-Buch (Berlin)	Reha EQS
13347	Ev. Geriatriecentrum Berlin (Berlin)	FKH EQS BM
13467	Dominius-Krankenhaus GmbH (Berlin)	FAB EQS BM DRG
13587	Geriatrische Tagesklinik im Wichmann-Krankenhaus (Berlin)	FKH EQS BM
13589	Ev. Wald-Krankenhaus Spandau (Berlin)	FAB
14055	Maltazar-Krankenhaus (Berlin)	FAB
14129	Ev. Krankenhaus Hubertus (Berlin)	FAB
14469	Ev. Krankenhaus für Geriatrie (Potsdam, Brandenburg)	FKH EQS
14797	Klinik für geriatrische Rehabilitation (Lehnhin, Brandenburg)	Reha
18848	Ev. Krankenhaus Cottbus (Cottbus, Brandenburg)	FKH DRG

Standorte (die Aktualisierung der Anzeige benötigt etwas Zeit, bitte Geduld)

© Dec. 2003, Dr. M. Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am EQZB, Charité - Universitätsmedizin Berlin (Projekt GEMIDAS-OM)

4. Qualitätswettbewerb oder Erlösoptimierungswettstreit ?

B) Geriatrische Komplexbehandlung wird auch über ein Abrechnungskonstrukt nach § 111 SGB V vergütet:



Qualitätssicherung in der geriatrischen Komplexbehandlung in Deutschland:
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG)

Auswahl Anzeigen Beenden

Versorgungsform alle Krankenhaus Reha-Einrichtung

Institutionelle Einbindung alle Fach-KH o. -Abt. KH- und Reha-Abt. Reha-Abt. am/im KH Reha-Klinik/-Abt.

Qualitätssicherung Struktur Externer Vergleich Benchmarking

Auswahlliste der Einrichtungen (Reha-Einrichtungen) mit dokumentierter Strukturqualität:

PLZ	Einrichtung	Merkmale
01159	Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt (Dresden (Sachsen), Sachsen)	Reha
01471	Geriatrische Rehabilitationsklinik (Radeburg, Sachsen)	Reha
13128	Geriatrisches Zentrum Berlin-Buch (Berlin)	Reha EGS
14727	Klinik für geriatrische Rehabilitation (Lehnhin, Brandenburg)	Reha
17026	bethesda Klinik (Neubrandenburg, Mecklenburg Vorpommern)	Reha
17405	PARKKLINIK Greifswald (Greifswald, Mecklenburg Vorpommern)	Reha
18195	Fachklinik für geriatrische Rehabilitation Lützsch (Lützsch, Mecklenburg Vorpommern)	Reha EGS
29545	Geriatrische Abteilung der DIABE-Klinik (Bad Bevensen, Niedersachsen)	FAB+RH EGS KALK
30555	Klinik für medizinische Rehabilitation und Geriatrie (Hornover, Niedersachsen)	FAB+RH
30853	Klinikum Hannover (Langenhagen, Niedersachsen)	FAB+RH EGS DRG
31162	Klinikum Bad Salzdetfurth (Bad Salzdetfurth, Niedersachsen)	FAB+RH
31863	Krankenhaus Lindenbrunn (Coppelnbrügge, Niedersachsen)	FAB+RH
32545	Johanniter Ordenshäuser gGmbH (Bad Sauerhausen, Nordrhein-Westfalen)	Reha
39014	Eggeland-Klinik Bad Driburg (Bad Driburg, Nordrhein-Westfalen)	Reha
37075	Geriatrisches Zentrum am Ex. KH Göttingen-Weende (Göttingen, Niedersachsen)	FAB+RH DRG
40670	St. Mauritius TherapieKlinik Meerbusch gGmbH (Meerbusch, Nordrhein-Westfalen)	Reha
42282	Geriatrische Kliniken St. Antonius gGmbH (Wuppertal, Nordrhein-Westfalen)	RNH

Standorte (die Aktualisierung der Anzeige benötigt etwas Zeit, bitte Geduld)

© Dez. 2003, Dr. M. Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am EGGZ, Charité - Universitätsmedizin, Berlin (Projekt GEMIDAS-OM)

4. Qualitätswettbewerb oder Erlösoptimierungswettstreit ?

C) Das vorgeschlagene Kriterium
„erfordert Zusatzqualifikation »Klinische Geriatrie«“
wurde für den OPS 8-550 2004 nicht implementiert:

- I. Einladung für „Türschild“-Leistungen („Labormediziner“)
- II. Fächerübergreifend gesteigertes Interesse am Kode
- III. In Verbindung mit „Entlassung in die Reha (09)“ hochattraktiv im Hinblick auf CMI-Steigerungen
- IV. Drohender 4-fach Fehlanreiz: Frühreha hoch bewertet, jedoch an keinerlei Qualifikationsnachweis gebunden, zugleich Direktverlegung aus der KH-Frühreha in die Reha nicht abschlagspflichtig (obwohl Behandlungsteilung):
 - Wohnortferne Verlegung
 - in nicht-spezialisierte Reha-Einrichtung
 - durch nicht spezialisiertes Krankenhaus
 - an bestehenden qualifizierten Versorgungsstrukturen vorbei



4. Qualitätswettbewerb oder Erläsoptimierungswettstreit ?

D) Die Geriatrie...

- ...verfügt über Mindestkriterien der Strukturqualität
- ...verfügt über einen Standard der Ergebnisqualitäts-sicherung (GEMIDAS), der bundesweit implementiert ist, in einigen BL flächendeckend (Gemidas-Hessen, GiBDAT)
- ...entwickelt die Qualitätssicherung im Rahmen eines bundesweiten Modellprojekts zum Benchmarking weiter (GEMIDAS-QM)
- ...entwickelt ein Zusatz-Zertifizierungsverfahren für fachspezifische QM-Anforderungen („Qualitätssiegel Geriatrie“)

-
- ➔ **Ohne etablierte Kontroll- und Gegensteuerungsmechanismen: Fruchtlöse Bemühungen !**
 - ➔ **Forderung: Regeln für Qualitätswettbewerb, gegen Erläsoptimierung zu Lasten geriatrischer Patienten !**



5. Vermeidung von Fehlanreizen und Wettbewerbsverzerrungen

- I. Der Entlassungsgrund 09 ist bei Abrechnung einer der 15 „Geriatric-DRGs“ dem Entlassungsgrund 06 gleich zu stellen:

Beispiel für eine „I03-Optimierung“ und Konsequenzen:

- I. Coxarthrose M16.-, PCCL 3; Prozedur: Elektive TEP
→ **DRG I03C, Relativgewicht: 2,790**
- II. „Physiotherapie + physikal. Anwendung“ → „OPS 8-550.1“
→ **DRG I03A, Relativgewicht: 4,033 (+1,243 = +3.519 €)**
- III. „Entlassung“ am 10. resp. 14. Tag in die orthopädische Reha
→ **abschlagsfrei, voller Erlös, Fall ist „kalkulationstauglich“**
- IV. Konsequenzen:
Patient: keine fachgerechte geriatrische Behandlung
Kostenträger: Vergütung einer nicht-erbrachten Leistung
DRG-System: Verzerrung der Kalkulationsbasis
Spezialisierte Leistungserbringer: RG-Inflation

6. Bundesweit geltendes DRG-System und landesspezifische Geriatriekonzepte



- A) Vorrangige Problembereiche

- B) Lösungsmöglichkeiten

- C) Sicht des AOK-BV (Anfang 2003)

6. Bundesweit geltendes DRG-System und landesspezifische Geriatriekonzepte

A) Problembereiche:

1. Niedersachsen, teilweise NRW:

Versorgungsverträge nach § 109 SGB V und nach § 111 SGB V
(geriatriisch-frührehabilitative Komplexbehandlung „verteilt“ über verschiedene Abrechnungsfälle):

Reales Beispiel: Geriatriischer Patient mit Schenkelhalsfraktur infolge Sturz; im frührehabilitativen Verlauf akute Blutung und Wundinfektion:

1. Reha, HD=S72.10, VD=1 Tag,	§ 111:	165 €	
2. Akut, HD=D62, VD=7 Tage,	DRG Q02A:	6.961 €	←
3. Reha, HD=S72.10, VD=13 Tage,	§ 111:	2.145 €	
4. Akut, HD=T89.02, VD=13 Tage,	DRG X06A:	7.050 €	←

Kalk.

2. Baden-Württemberg:

Konzept „**Geriatriisierung angrenzender Fachbereiche**“ plus „**Geriatriische Schwerpunkte**“ plus „**Geriatriische Zentren**“, zumeist Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V
→ **Fallsteuerung an Geriatrien mit §111er Konstrukt vorbei**

3. Bayern:

Zumeist geriatriische „**Reha**“-**Fachabteilung im Krankenhaus** (mit GRB-Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, Anfang 1990er Jahre umgewandelt) **und solitäre geriatriische Rehabilitationskliniken** als Bundesmodelleinrichtungen

6. Bundesweit geltendes DRG-System und landesspezifische Geriatriekonzepte

B) Lösungsmöglichkeiten:

1. Gleichstellung von Entlassungsgrund 09 und Entlassungsgrund 06 bei Abrechnung einer Komplex- oder Kombinations-DRG („Geriatrie-DRG“)

Begründung: Leistungen der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung werden derzeit auch noch auf Basis von § 111 SGB V abgerechnet

Effekte:

 - Abschwächung Erlösoptimierungsanreiz
 - Sicherung der fachgerechten Versorgung geriatrischer Patienten
 - Faire Wettbewerbschance für geriatrische Modelleinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V
2. Angleichung der Geriatriekonzepte, Sicherstellung der fach- und sachgerechten Krankenhausversorgung von geriatrischen Patienten; Festlegung von Mindestmengen
3. Alternativ: Flächendeckend ausgebaute komplementäre Versorgungsstrukturen (demographische Entwicklung)



