

InEK veröffentlicht Unterlagen zur geplanten Ersatzvornahme 2004 – OPS 8-550 im Entwurf des neuen DRG-Katalogs gruppierungsrelevant

Der OPS 8-550 wird die Zuordnung geriatrischer Behandlungsfälle zu 5 eigenständigen DRG's triggern. So jedenfalls ist es in der gestern veröffentlichten Entwurfsversion zur G-DRG-Systematik für 2004 vorgesehen. Damit wäre die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bereits 2004 – wie von der Bundesarbeitsgemeinschaft und den Fachgesellschaften der Geriatrie gemeinsam gefordert – gruppierungs- und abrechnungsrelevant.

Die InEK gGmbH hat am 03. September 2003 umfangreiche Informationen und Dokumente zur Ersatzvornahme 2004 nach § 17b Abs. 7 KHG auf ihrer Homepage zum Download bereitgestellt (Nutzungsbedingungen s. www.g-drg.de).

Unter diesen Unterlagen befindet sich (1) der Referentenentwurf zur KFPV 2004, (2) der Entwurf des neuen Fallpauschalenkataloges (im PDF und XLS-Format) sowie (3) die komplette Entwurfsfassung des umfangreichen neuen Definitionshandbuches.

Damit werden alle Informationen vorab bereitgestellt, die für eine fundierte Auseinandersetzung mit den Details zum neuen – und deutlich veränderten – DRG-System benötigt werden. Mit der endgültigen Fassung ist – nach Anhörungen von Verbänden und Ländern – voraussichtlich Anfang Oktober zu rechnen.

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) ist in dem Entwurf der neuen G-DRG-Systematik in insgesamt 5 MDC's in die Entscheidungslogik zur Eingruppierung eingebunden:

MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems

MDC 04 Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane

MDC 05 Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems

MDC 06 Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane

MDC 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Im derzeit laufenden Kostenkalkulationsprojekt der Geriatrie (Stand: 22.129 Fälle aus 24 Kliniken) entsprechen diese MDC beispielsweise den Top-5 MDC, in die 90% der Fälle mit geriatrischer Komplexbehandlung eingruppiert wurden. Die im Entwurf zum DRG-System 2004 zunächst vorgesehene Beschränkung auf diese fünf MDC – erreicht werden im Geriatrieprojekt insgesamt immerhin 22 MDC – wird die Fälle mit Komplexbehandlung in bereits recht großer Zahl erfassen.

In jeder dieser fünf MDC wird jeweils eine DRG direkt über die geriatrische Komplexbehandlung (OPS 8-550) erreicht – unabhängig von der Art der Hauptdiagnose im Einzelnen (die Hauptdiagnose bestimmt die MDC, der OPS 8-550 die „Geriatrische-DRG“). Als MDC-spezifische, jedoch hauptdiagnoseübergreifende DRG's für Fälle mit geriatrischer Komplexbehandlung sind vorgesehen:

MDC	Vorgesehene DRG	Vorgesehene Bezeichnung
01	B42C	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne äußerst schwere CC oder Geriatrische Komplexbehandlung
04	E41Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane
05	F45Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems
06	G51Z	Frührehabilitation und Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane
08	I41Z	Geriatrische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Alle fünf DRG's sind der „Anderen“ Partition zugeordnet, nicht der Medizinischen Partition. In der jeweils zugehörigen Entscheidungslogik werden überwiegend zunächst Fälle der Operativen Partition abgearbeitet, dann diejenigen der Anderen Partition und zum Schluss die der Medizinischen Partition. Im Entscheidungsbaum der Anderen Partition wird jeweils entweder im ersten oder im zweiten Schritt das Vorhandensein des OPS 8-550 abgeprüft und daraufhin ggf. in die jeweilige geriatrische DRG verzweigt. Der Entwurfsversion des Definitionshandbuchs zufolge werden Alter und PCCL für die fünf geriatrischen Fallgruppen keine Gruppierungsrelevanz besitzen.

Die mittleren Verweildauern der fünf Geriatrische-DRG's werden im Katalogentwurf mit Werten zwischen 21,1 Tagen (E41Z) und 24,9 Tagen (I41Z) angegeben, die oberen Grenzverweildauern mit Werten zwischen 37 und 41 Tagen. Die Katalogwerte der mittleren Verweildauern liegen dabei sehr nahe an den im Kalkulationsprojekt der Geriatrie derzeit ermittelten arithmetischen Mittelwerten (21,9 resp. 24,2 Tage).

Mit den fünf neuen Geriatrische-DRG wird sich schlagartig das bislang unübersichtliche und nicht sachgerecht breit gestreute Fallpauschalenspektrum der frührehabilitativen Geriatrie deutlich reduzieren: Bei Umsetzung des vorliegenden Entwurfs werden beispielsweise frührehabilitative geriatrische Fälle mit der Hauptdiagnose Apoplex, Parkinson-Syndrom oder Demenz allesamt in die DRG B42C gruppiert, analog dazu

werden alle geriatrischen Patienten mit der Hauptdiagnose einer (der MDC 08 zugeordneten) Fraktur, ebenso beispielsweise alle Patienten mit der Hauptdiagnose eines Immobilisationssyndroms nach medizinischen Maßnahmen (M96.8) sowie Patienten mit anderen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems der DRG I41Z zugeordnet, wenn sie eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung erhalten haben.

Die Relativgewichte der fünf Geriatrie-DRG's liegen zwischen 2,135 (B42C, Nervensystem) und 1,900 (F45Z, Kreislaufsystem) und damit im Entwurf des Gesamtkatalogs auf den Rangplätzen zwischen 204 und 238 (unter 788 bewerteten DRG's, d.h. etwa im oberen Viertel der Verteilung). Unter den Fallgruppen nur der Medizinischen und der Anderen Partition liegen die Relativgewichte zwischen den Rangplätzen 24 und 43 (unter 409 bewerteten DRG der beiden Partitionen, d.h. im obersten Dezil der Verteilung). Die größere Sachgerechtigkeit dieser neuen Ausgestaltung zeigt sich darin, dass auch die **interne Verlegung** zur Komplexbehandlung in der Fachabteilung für Geriatrie zu einer Steigerung des Relativgewichts führen wird: Bei der „Apoplexie mit äußerst schweren CC“ (B70A, RG=1,779) führt die zusätzlich dokumentierte geriatrische Komplexbehandlung in die B42C (RG=2,135). Auswirkungen der Grenzverweildauern und der zugehörigen Ab- und Zuschlagsgewichte bedürfen noch der genaueren Betrachtung. Dies wird allerdings wesentlich erleichtert durch die Tatsache, dass die neuen G-DRG-Definitionen auf den derzeit gültigen ICD- und OPS-Versionen basieren.

Die hier kurz zusammengefassten Eckpunkte können sicher nur einen ersten Eindruck vermitteln, sie deuten aber auf den ersten Blick doch darauf hin, dass die geriatrispezifischen Anpassungen durchaus geeignet erscheinen, die Situation der frührehabilitativen Geriatrie 2004 im Vergleich zur Situation 2003 wesentlich zu verbessern. Eine eingehendere Analyse der Details des Entwurfs zum neuen Katalog muss jedoch noch erfolgen.

Der zugehörige Referentenentwurf zur KFPV 2004 – in deren Kontext der Katalog zu betrachten ist – entspricht in vielen zentralen Punkten der KFPV für 2003, geht in einigen anderen jedoch auch deutlich über diese hinaus. Im Kern bleiben insbesondere die Verlegungsregeln bestehen, es wird weiterhin jedes beteiligte Krankenhaus eine eigene Fallpauschale abrechnen können. Die Zu- und Abschlagsregeln bleiben ebenfalls im Grundsatz bestehen. Allerdings werden wesentlich explizitere Regelungen getroffen für geplante Wiederaufnahmen und

Wiederaufnahmen wegen Komplikationen sowie für Rückverlegungen, Verlegungen im Rahmen einer Kooperation, Verlegungen vom und zum BPfIV-Bereich, Verlegungen zwischen bereits tatsächlich nach DRG abrechnenden DRG-Krankenhäusern und noch nicht nach DRG abrechnenden DRG-Krankenhäusern (im Falle einer noch nicht abgeschlossenen Budgetverhandlung für 2004). Dies geht offensichtlich auf Erfahrungen aus dem Optionsmodell 2003 zurück, erscheint als Regelwerk recht umfangreich, soll jedoch – folgt man den Einzelbegründungen – insgesamt zu einer Vereinfachung führen und auch zu automatisiert überprüfbaren Vorschriften.

Im Abschnitt 2 des Referentenentwurfs der KFPV 2004 wird in § 6 die Abrechnung von teilstationären Leistungen geregelt. Demnach wäre 2004 die **geriatrische Tagesklinik mit krankenhaushausindividuell zu vereinbarenden Entgelten nach § 6 Abs. 1 KHEntgG** abzurechnen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass diese Entgelte bei teilstationärer Anschluss- oder Weiterbehandlung im selben Krankenhaus **nicht innerhalb der oberen Grenzverweildauer einer zuvor abrechenbaren Fallpauschale** berechnet werden können. In der konkreten Anwendung würde dies bedeuten, dass beispielsweise die DRG B42C für geriatrische Schlaganfallpatienten, die zunächst vollstationär aufgenommen wurden, alle Kosten bis einschließlich des 40. Tages nach vollstationärer Aufnahme abdeckt, auch wenn eine Verlegung in die Tagesklinik bereits vor dem 40. Tag erfolgen konnte. Das krankenhaushausindividuell vereinbarte Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG für teilstationäre geriatrische Behandlung soll in diesem Fall erst ab dem 41. Tag in Rechnung gestellt werden können. So ist jedenfalls der erste Eindruck, den diese Regelungen geben.

Es sind außerdem noch einige fixe, d.h. von den im Katalog ausgewiesenen Grenzverweildauern wohl unabhängige, 30-Tage-Grenzen in der KFPV 2004 verankert, die noch einer näheren Betrachtung insbesondere im Zusammenhang mit den übrigen Abrechnungsregeln und Vorschriften im Allgemeinen sowie der neuen DRG-Systematik im Speziellen bedürfen.

Abschließend sei als ein Ergebnis dieser ersten Durchsicht unterstrichen, dass es der Geriatrie noch vor 2004 gelungen ist, aus den begleitenden Begründungen zu DRG-relevanten Gesetzestexten – siehe beispielsweise FPÄndG – bereits heraus und in die konkreten DRG-Definitionen selbst hinein zu kommen: Sie ist nun im Katalogentwurf – nicht mehr in der Begründung (KFPV-Entwurf 2004). Dies ist im Hinblick auf 2004 tatsächlich dringend erforderlich und genau dafür haben sich die

Fachvertretungen der Geriatrie – die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. und die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. – gerade in den letzten zwei Jahren in gemeinsamer Anstrengung und mit datengestützten Projekten eingesetzt. Es scheint zwar nicht – wie Anfang des Jahres vorgeschlagen – der alle Einzelfälle erfassende „Geriatрикatalog“ zu werden, jedoch ist die im gemeinsamen Vorschlag der Fachvertretungen bis Ende 2006 zur Evaluation vorgeschlagene, durch den OPS 8-550 getriggerte und mehrere Hauptdiagnosen überspannende „frührehabilitative Partitionierung“ im Ansatz durchaus erkennbar. In den fünf Geriatrie-DRG's würden die frührehabilitativen geriatrischen Patienten nun zunächst ohne weitere Subgruppenbildung zusammengeführt, blieben dabei jedoch zumeist als Fälle mit spezialisierter geriatrischer Behandlung „unter sich“. Erforderliche weitere Splitkriterien – möglicherweise auch mittels der neuen ICD-Kodes U50 und U51 – ließen sich auf diese Weise voraussichtlich eher identifizieren, als wenn die derzeit vorhandene Durchmischung mit vielen anderen und völlig unterschiedlichen Patientengruppen noch länger weiterbestehen würde. Definitiv entscheiden wird sich dies mit der endgültigen Fassung Anfang Oktober.

M. Borchelt, 04.09.2003

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG

„Fundstellen“ zur Geriatrie im Entwurf zum G-DRG-System 2003/2004:

MDC 01, 04, 05, 06, 08

DRG B42C, E41Z, F45Z, G51Z, I41Z

Handbuch: Band 1, S. 15, 17, 19, 20, 22
S. 133, 225, 243, 260, 319, 333, 373

Band 2, S. 8, 235

Band 5, S. 553 (die hier angeführten DRG's B42A und B42B werden mit dem OPS 8-550 nicht erreicht, wenn man die Definition dieser DRG's auf Seite 133, Band 1, zugrundelegt)