

DRG und Geriatrie: Es brennt

Norbert Wrobel, Bremen, Ludger Pientka und Christoph Friedrich Bochum

Die Einführung von DRGs (Diagnosis Related Groups) in Deutschland ist beschlossene Sache. Gerade die Geriatrie wird sich konstruktiv mit diesem Problem auseinandersetzen müssen, will sie nicht gegenüber anderen medizinischen Disziplinen den Kürzeren ziehen. Für den Niedergelassenen bedeutet die Einführung von DRGs vor allem eine intensivere Nachbetreuung instabil entlassener Patienten.

Der Gesetzgeber hat gemäß dem neuen § 17 b KHG im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 die Einführung eines neuen Vergütungssystems beschlossen. Dieses wird im wesentlichen an den Prinzipien der amerikanischen Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert sein. Dieses neue Entgeldsystem ist international bereits seit Jahren in unterschiedlichen Varianten im praktischen Einsatz. Durch die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein DRG-System wird es tiefgreifende Veränderungen der Krankenhauslandschaft geben.

Was sind nun DRGs?

Die „Philosophie“ der DRG beruht auf der prinzipiellen Zielsetzung, alle Krankenhausfälle statt nach einzelnen Leistungen oder Behandlungstagen nur noch nach der Diagnose zu vergüten. Damit steht nicht mehr die Frage „Wie wird behandelt?“, sondern „Was wird behandelt?“ im Vordergrund. Das DRG-System ist ein Patientenklassifikations-System zur Gruppierung von stationären Behandlungsfällen in Fallgruppen (Diagnosis Related Groups) mit vergleichbarem Behandlungsaufwand. International gibt es eine Reihe von DRG-Systemen; wesentliche Unterschiede sind z.B. die Berücksichtigung von Fallschwere und Komorbidität, Kodierungsmöglichkeiten und Einbeziehung neuer Patientengruppen für die Berechnung.

Völlig neu an diesem System ist die Tatsache, dass es pro Fall nur eine DRG geben wird. Diese eindeutige Fallzuordnung impliziert z.B., dass Konservative Fälle anderen DRG zugeordnet werden als operative Fälle und dass die Zuordnung primär nach der Hauptdiagnose und dann nach den Nebendiagnosen erfolgt. Die Berechnung pro Fall ergibt sich nach dem relativen Gewicht der DRG und dem mittleren Fallpreis (Basisrate). Für das einzelne Krankenhausbudget kommt der sog. „Case-Mix-Index (CMI)“ hinzu, der den mittleren Aufwand bzw. Schweregrad aller Behandlungsfälle berücksichtigt.

Mit der Entscheidung zur Einführung eines neuen Vergütungssystems auf der Ba-



DRGs, ein weiteres Instrument, um den Arzt zu gängeln.

sis von DRGs wurde zeitgleich die Diagnoseverschlüsselung nach ICD 10-SGB V mit alphanumerischer Codierung eingeführt. Schwerwiegende Tatsache hierbei ist, dass diese Codierung nicht mehr einer medizinischen oder dem Behandlungsablauf entsprechenden Logik, sondern ganz klar einen leistungsabbildenden Ansatz der Hauptdiagnose (!) verfolgt. Umfang und Qualität einer richtigen Leistungsdokumentation werden zur Grundlage des wirtschaftlichen Erfolges oder Misserfolges einer Abteilung und eines Krankenhauses.

Was bedeuten die DRG für die Geriatrie?

Spätestens seit dem Bekanntwerden der Entscheidung, dass die Geriatrie nicht wie die Psychiatrie aus dem DRG-System herausgenommen und eine Vergütung nach Pflegesätzen erhalten wird, ist höchste Wachsamkeit geboten. Denn in keiner DRG-Systematik ist die Geriatrie als Kategorie vertreten. Das bedeutet, dass sich die Geriatrie einem fall- und diagnosebezogenen Wettbewerb um den Patienten stellen müssen.

Die Problemlage hierzu ist eindeutig. Praktisch alle Geriatrien akquirieren ihre Patienten nur in einem geringeren Prozentsatz (ca. 0-40 %) primär; das gilt insbesondere auch für Geriatrien, die nach § 39 SGB V arbeiten. Alle weiteren Patienten werden in der Regel in die Geriatrie verlegt. Das Problem entsteht dadurch, dass es pro Fall nur eine DRG und damit vergütungsrelevante Verschlüsselung geben wird. Wenn es sonst keine leistungsbeschreibenden Merkmale für einen geriatrisch zu behandelnden Patienten gibt und die zukünftigen DRG keine „Geriatrie-Komponente“ vorsehen, muss zwangsläufig ein regelrechter Wettbewerb um das Behandlungsrecht eines geriatrischen Patienten entstehen.

Alle medizinischen Disziplinen werden einen optimalen Case-Mix-Index erzielen wollen. Dieses werden sie erreichen, indem sie konsequent eine leistungsbezogene Hauptdiagnose und relevante Nebendiagnosen aufzeichnen. Derzeit ist nicht sicher ob und wie in die relative Gewichtung Komplikationen,

Alter und Schweregrad des Falles berücksichtigt werden. Untersuchungen in Bremen haben gezeigt, dass die Altersstruktur der in die Geriatrie aufgenommenen Patienten zu etwa 75% mit der der in die Inneren Medizin aufgenommenen Patienten identisch ist. Diese Ausführungen machen klar, dass es bezogen auf Hauptdiagnose, Komorbidität und Alter bei geriatrischen Patienten praktisch keine Unterschiede zwischen den konservativen Fächern, z.B. der Inneren Medizin, und der Geriatrie geben wird. Dieser Umstand lässt sich anhand eines der wichtigsten Krankheitsbilder der Geriatrie näher illustrieren:

Der ICDH wäre in idealer Weise dafür geeignet, alle Ebenen der Krankheit zu kodieren.

Der ischämische Apoplex würde in der ICD-10-SGB V-Fassung mit I 63.9 kodiert werden. Dazu ließe sich neben einer möglichen Krankheit des Nervensystems, z. B. G 81.1, eine Vielzahl von Symptomen aus dem Kapitel VIII mit einer R-Codierung als Nebendiagnosen hinzufügen, die in der Logik sicherlich am besten die Folgen eines ischämischen Apoplex beschreiben:

- ▶ Spastische Hemiparese rechts (G 81.1)
- ▶ Paretisches Gangbild (R 26.1)
- ▶ Aphasie (R 47.0), Dysphagie (R 13)
- ▶ Urin- (R 32), Stuhlinkontinenz (R 15)
- ▶ weitere neun R-Diagnosen.

Im Anschluss daran würden weitere Nebendiagnosen folgen, wie sie typischerweise in der Geriatrie dokumentiert werden. Die bedeutendste Problematik entsteht dadurch, dass bei der EDV-gestützten Bewertung der Haupt- und Nebendiagnosen bestenfalls etwa zehn Diagnosen einfließen können und die R-Diagnosen wahrscheinlich nicht die gleiche Gewichtung haben werden wie Diagnosen anderer Kapitel. Mit dem vorgegebenen Beispiel würde der Maximalumfang nennbarer Nebendiagnosen den vorgegebenen Umfang mit etwa zehn Diagnosen bei weitem übertreffen. Entscheidend ist aber, dass es über den ICD-10-SGB V eine leistungsbezogene Abbildung geben soll. Somit bekommt beispielsweise die Pneumonie infolge einer Dysphagie einen sehr viel höheren Stellenwert, ebenso auch der Harnwegsinfekt, beispielsweise infolge einer Urin-

kontinenz. Gleiches gilt sinngemäß für die bei älteren Patienten vorzufindende typische Komorbidität, wie arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Prostatahyperplasie, Arthrose usw.

Ein Blick in die aktuellen Haupt- und Nebendiagnosenstatistik der konservativen Fächer, insbesondere der Inneren Medizin, präsentiert bereits jetzt eine Dokumentation in obiger Art und Reihenfolge. Da die Altersstruktur der Inneren Medizin im großen Umfang der der Geriatrie entspricht, ist klar, dass der Case-Mix-Index der Inneren Medizin und der Geriatrie praktisch identisch sein wird.

Ein weiteres Beispiel mag die Problematik verdeutlichen: 85jähriger Patient mit einer dekompensierten Herzinsuffizienz und Ödemen.

- ▶ Behandlung in einer internistischen Abteilung: Diuretische Behandlung und DK-Versorgung mit Immobilisierung, Entlassung mit geringerer Mobilität und DK nach zehn Tagen.
- ▶ Behandlung in einer geriatrischen Abteilung: Diuretische Behandlung und DK-Versorgung mit Immobilisierung, Mobilisierung und Blasentraining nach zehn Tagen, parallel ADL-Training, und Entlassung nach 18 Tagen, stand- und gangsicher sowie selbsthilfefähig.

Eine optimale Kodierung vorausgesetzt, würden beide Fälle über dieselbe DRG abgerechnet. Dabei wird klar, dass eine geriatrische Behandlung für ein Krankenhaus aus betriebswirtschaftlicher Sicht problematisch werden könnte. Da nicht zu erwarten ist, dass parallel zur Einführung der DRG ein ergebnisorientiertes Qualitätssicherungssystem eingeführt wird, sind zwangsläufig Verschiebungen zwischen Abteilungen zu erwarten. Die möglichen Konsequenzen und die Auswirkungen unter den gegebenen, aktuellen Umständen sind eindeutig werden durch die Erfahrungen aus den USA gestützt:

- ▶ Schwere Fälle ins Krankenhaus, leichte ambulant
- ▶ Abnahme der Fallzahl und der Krankenhausbetten in großem Umfang

- ▶ Deutliche Zunahme der Entlassung instabiler Patienten und Zunahme der Pflegeheimweisungen

- ▶ Ohne geriatrisch-orientierte Qualitätssichernde Maßnahmen Konkurrenz nur über Diagnose und evtl. über Komorbidität und Krankheitsschwere.

Spätestens zum jetzigen Zeitpunkt rächt es sich, dass es der Geriatrie bislang nicht gelungen ist, sich im bestehenden medizinischen Versorgungssystem als medizinisch-fachlich anerkannte Disziplin „Geriatrie“ zu positionieren und sich mit ihrer Behandlungsstrategie unterscheidbar zu machen. Zwar ist es mit der Einführung einer Definition der Geriatrie sowie dem Weiterbildungskatalog Fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie gelungen, Wesen und inhaltliche Arbeit der Geriatrie darzustellen; völlig unberücksichtigt blieb jedoch die Stellung gegenüber den anderen medizinischen Disziplinen sowie die eindeutige rechtliche Verankerung im SGB V. So besteht faktisch eine heftige Konkurrenzsituation zu anderen konservativen Fächern, ohne dass es dafür eine fachliche und rechtliche Rückendeckung gegeben hätte. Was unverändert offen bleibt, ist eine von allen Geriatern anerkannte Zielrichtung, nach der sich das Fach Geriatrie im bestehenden Versorgungssystem ausrichtet.

Prinzipielle Möglichkeiten der Leistungsbeschreibung in der Geriatrie

Eine ausreichende Patientencharakterisierung kann mittels krankheitsbeschreibender Codierung, ob früher der ICD-9 oder jetzt der ICD-10-SGB V, niemals gelingen. Als ein Notbehelf wurde in der Geriatrie schon immer die Komorbidität des Patienten herangezogen und dokumentiert. Im SGB V-Sinn waren somit Hauptdiagnose, Komorbidität sowie Pflegebedürftigkeit die einzige Legimitation für die Behandlung eines geriatrischen Patienten im Krankenhaus, was aber faktisch keinen Unterschied zu den anderen Disziplinen bedeutete. Wenn sich die Leistung der Geriatrie nicht durch den ICD abbilden lässt, so bleibt nur die Möglichkeit, diese zu operationalisieren. Der Zuständigkeitsbereich der Geriatrie

definiert sich neben Alter und Akut/Komorbidität vor allen Dingen über Krankheitsfolgen sowie Auswirkungen im sozialen Bereich.

Dahinter steht der Anspruch der Geriatrie, nicht nur im diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Bereich qualifizierter mit den Krankheiten älterer Menschen umzugehen, sondern Krankheitsfolgen (Fähigkeitsstörungen) zu beseitigen, zu lindern oder Ersatzstrategien für funktionelle Defizite zu entwickeln. Eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung mit sozialer Reintegration bildet den Endpunkt einer erfolgreichen geriatrischen Behandlung. Diese Ansprüche als Leistung der Geriatrie zu erfassen, bildet einen Kernpunkt der Dokumentation geriatrischer Intervention. Hierfür stünde mit der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) eine Klassifikation zur Verfügung, mit der man Krankheiten/Schädigungen (Impairments), Krankheitsfolgen (Fähigkeitsstörungen, Disabilities) sowie soziale Auswirkungen (Beeinträchtigungen, Handicaps) kodieren könnte. Die ICIDH ist somit das operationalisierende Instrument zur Leistungsbeschreibung der Geriatrie.

Bisher war es nicht möglich, zu einer den gesetzlichen Grundlagen angepassten medizinischen Klassifikation (ICD) eine weitere biomedizinisch-psycho-soziale Klassifikation ohne größere, konsensuelle Umbrüche hinzuzufügen. Möglich jedoch war und ist es, über eine geriatrische Definition von Komorbidität und Krankheitsschwere für eine leistungsentsprechende Gewichtung der wichtigen DRG zu kommen. Hierzu bietet sich eine Kodierung der Fähigkeitsstörungen aus dem ICIDH an, weil sich darüber die wesentliche Aufgabenstellung, aber vor allen Dingen eine klare Behandlungsstrategie und ein Behandlungsziel ableiten lassen.

Mit der ICD-10-SGB V-Systematik ließen sich Krankheitsfolgen am ehesten mit dem Kapitel XVIII, „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde,

die anderen Ortes nicht klassifizierbar sind“, abbilden. Diese R-Diagnosen werden aller Voraussicht nach bei der Ermittlung des Case-Mix-Index nicht die Gewichtung erfahren, wie Diagnosen aus anderen Kapiteln. Wenn im Rahmen der ICD-10-SGB V-Codierung für die Leistungsbeschreibung der Geriatrie keine Alternativen zugelassen werden, sollten größte Anstrengungen unternommen werden, der Gewichtung von R-Diagnosen eine angemessene Bedeutung zu lassen.

Drei mögliche Szenarien

Die Geriatrie wird sich konstruktiv mit dem Problem der DRGs auseinandersetzen müssen. Die kommende Neustrukturierung des Vergütungssystems von Krankenhäusern läßt zum gegenwärtigen Stand der Diskussion folgende Szenarien möglich erscheinen:

► Keine (ökonomische) Berücksichtigung der Charakteristika geriatrischer Patienten, d.h. direkte Konkurrenz mit anderen Fachdisziplinen über den Preis

► Ausreichende (ökonomische) Berücksichtigung der Charakteristika geriatrischer Patienten, d.h. Konkurrenz mit anderen Fachdisziplinen über Qualität

► Nicht ausreichende (ökonomische) Berücksichtigung der Charakteristika geriatrischer Patienten, d.h. Patienten-selektion über den Preis und „Verschiebung“ der schlechten Risiken in andere oder keine Versorgungsalternativen
Diese Szenarien gelten für Geriatrien nach § 39. Zwar werden derzeit keine offiziellen Diskussionen über die Einführung von DRGs im Reha-Bereich (Geriatrien nach § 40) geführt. Es dürfte allerdings nur eine Frage der Zeit sein, bis auch dieser Bereich in ein dann einheitliches Vergütungssystem überführt wird. Aktuell bedeutsam ist vor allem die Frage, wie die Behandlung von Patienten, die während der Grenzverweildauer in eine Reha-Einrichtung überwiesen werden, vergütet wird. Je nach Ausformulierung der Kriterien könnte es für viele Krankenhäuser betriebswirtschaftlich sinnvoll sein, statt

einer Verlegung eine Frührehabilitation in den freiwerdenden Betten selbst durchzuführen. Ob dann nur die schlechten Risiken in freistehende Reha-Kliniken verlegt werden oder welche Vergütungen für diesen Versorgungsbereich zu erreichen sind, hängt von der konkreten Ausformulierung des DRG-Systems ab, so dass über die konkreten Folgen derzeit nur spekuliert werden kann.

Zum jetzigen Zeitpunkt heißt dies für die Geriatrie zu versuchen, inhaltlich Einfluss zu nehmen auf die konkrete Ausgestaltung der DRG und die funktionelle Perspektive entweder als zusätzlichen Gewichtungsfaktor oder in die Definition der Komorbidität und Krankheitsschwere einzubringen. Als Sofortmaßnahmen sind zu diskutieren:

- Sofortige Verständigung über eine einheitliche ICD-10-SGB-V-Codierung für die Therapie geriatrischer Patienten
- Information der Vertragspartner – insbesondere der DKG – über die spezielle Problematik der Geriatrie und Hilfe bei der Entwicklung und Ausgestaltung von DRGs durch fachkompetente Geriater
- Diskussion über die Abgrenzung der Geriatrie zu anderen Fachdisziplinen (Struktur- und Prozessqualität) und eindeutige Stellungnahme zum Thema Rehabilitation. Hierfür wäre eine Orientierung an der ICIDH hilfreich
Darüber hinaus muss im Sinne eines Qualitätsmanagements eine Diskussion darüber entfacht werden, was gute Geriatrie ausmacht und wie sie sich inhaltlich und strukturell von anderen Fächern unterscheidet. Es steht zu befürchten, dass es keinen Geriatrie-Bonus geben wird. Darum gilt es, für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der älteren Patienten zu kämpfen und in einen sachlichen, aber konsequenten, an Fakten orientierten Dialog einzutreten. Packen wir es an!

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Norbert Wrobel, Klinik für Medizinische Geriatrie und Rehabilitation mit Tagesklinik, Zentralkrankenhaus Bremen-Nord, Hammersbecker Str. 228, 28755 Bremen