

Empirisch-technische Vorab-Analyse zur kombinierten voll- und teilstationären geriatrischen Krankenhausbehandlung

Markus Borchelt

Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie und
Vorsitzender der Ausschusses Qualitätssicherung I (GEMIDAS) der
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Reinickendorfer Str. 61
13347 Berlin
Email: markus.borchelt@charite.de

Arbeitspapier im Rahmen des
Informationsaustauschs mit dem BMGS zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

Version 0.9b | Stand: 10. August 2004, 15:30 Uhr
Alle Ergebnisse sind als vorläufig zu betrachten

Inhaltsverzeichnis

1. VORBEMERKUNGEN	3
1.1 Teilstationäre Indikationen und Fallgruppen	3
1.2 Behandlung und Behandlungskosten	3
1.3 Teilstationäre Behandlungsfallgruppen aus DRG-Perspektive	4
2. DATEN ZUR TEILSTATIONÄREN GERIATRISCHEN VERSORGUNG	5
2.1 Daten nach § 21 KHEntgG („DRG-Daten“)	5
2.2 Stichprobe von DRG-Daten zur Nachkalkulation von Fallkosten in der Geriatrie (Daten nach § 21 KHEntgG aus 2002)	5
Tabelle 1: Datenlage nach § 21 KHEntgG zu teilstationären Behandlungsfällen 2002	6
2.3 GEMIDAS-Daten zu teilstationären Behandlungsfällen 2003	7
Tabelle 2: GEMIDAS-Datenbestand zu kombinierten Behandlungsfällen 2003 (KH mit TK)	7
Tabelle 3: GEMIDAS-Datenbestand zu vollstationären Vergleichsfällen 2003 (KH ohne TK)	8
Verteilung der KH-Stichprobe über das Bundesgebiet nach Postleitgebieten (1. Ziffer):	8
3. FRAGESTELLUNG UND VORLÄUFIGE ERGEBNISSE DER VORAB-ANALYSE	9
3.1 Fokussierung der Analyse	9
3.2 Definition der zu vergleichenden Patientengruppen	9
3.3 Ergebnisse zum Verweildauervergleich	9
Tabelle 4: Verweildauervergleich der vollstationären Patientengruppen	10
Abbildung 1: Verweildauervergleich Fälle ohne TK-Behandlung (KH mit vs. ohne TK)	10
Abbildung 2: Verweildauervergleich Fälle mit und ohne TK-Behandlung (Gruppe 1b vs. 2)	11
Abbildung 3: Verweildauervergleich Fälle mit und ohne TK-Behandlung (Gruppe 1b vs. 1a)	11
3.4 Deskriptive Ergebnisse zum Vergleich des behandelten Patientenguts	12
Abbildung 4: Vergleich der Hauptdiagnosekategorien (MDC)	12
Abbildung 5: Vergleich der PCCL-Verteilung	13
Abbildung 6: Vergleich der Verweildauergruppen-Verteilung	13
Abbildung 7: Vergleich der Verteilung der VSG-Aufnahmeanlässe	14
Abbildung 8: Vergleich des mittleren Barthel-Index bei Aufnahme (nach Veranlasser)	14
Abbildung 9: Vergleich der mittleren VSG-Verweildauer (nach Veranlasser)	15
3.5 Zusammenfassung der vorläufigen Ergebnisse zum KH-Vergleich	15
Abbildung 10: Kostenträger und teilstationäre geriatrische Behandlung nach Region	16
4. VERBINDLICHE VORGABEN ZUR ABBILDUNG TEILSTATIONÄRER FÄLLE IM DATENSATZ NACH § 21 KHENTGG	16
5. DRG-ABRECHNUNGSVORSCHLÄGE FÜR TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNGSFÄLLE	18

1. Vorbemerkungen

1.1 Teilstationäre Indikationen und Fallgruppen

Geriatrische Tageskliniken sind zumeist organisatorisch eigenständige Einheiten, die geriatrische Patienten teilstationär behandeln, d.h. die Patienten sind nur an Werktagen in der Kernarbeitszeit (zumeist zwischen 08:00 und 16:00 Uhr) in der Klinik, ansonsten (über Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen) bereits zuhause oder im Kontext der nachsorgenden Einrichtung (Pflegeheim, betreutes Wohnen etc.). Gerade dieser frühe Kontextbezug im Sinne einer gestuften Entlassung ist im Rahmen einer schwereren Akuterkrankung für bestimmte geriatrische Patienten sehr vorteilhaft, da auf diesem Wege der Drehtüreffekt einer verfrühten oder nicht ausreichend vorbereiteten Entlassung vermieden und zugleich die vollstationäre Hospitalisierungsdauer verkürzt werden kann („Kurzliegergruppe“). Aber auch bei einer sehr schweren Akuterkrankung mit konsekutiv sehr langer vollstationärer Behandlungsphase ist die geriatrische Tagesklinik in diesem Sinne tätig. Vielfach gelingt es dann trotz schwerer Funktionsbeeinträchtigung doch noch, eine Entlassung nach Hause zu realisieren (sog. „Langliegergruppe“). Diese beiden Patientengruppen werden zumeist aus der stationären geriatrischen Abteilung übernommen oder von einem anderen, nicht spezialisierten Krankenhaus überwiesen. Die Indikationen (Hauptdiagnosen) stammen dabei zumeist aus dem neurologischen Bereich (z.B. Schlaganfall, Parkinson-Syndrom, beginnende Demenz), aus dem Bereich der Erkrankungen des Bewegungsapparates (z.B. Schenkelhalsfraktur bei ausgeprägtem Sturzsyndrom, Komplikationen nach Endoprothesenversorgung) und aus dem Bereich der Herz-Kreislaufkrankung (z.B. generalisierte Atherosklerose, Komplikationen nach Amputation, dekompensierte Herzinsuffizienz mit herabgesetzter Belastbarkeit).

Geriatrische Tageskliniken haben darüber hinaus die Aufgabe, vollstationäre Aufenthalte zu vermeiden. Bei komplex gelagerter Problematik, die ambulant nicht mehr beherrscht werden kann, jedoch noch ohne akute Dekompensation (z.B. Ulcera crurae, beginnende Demenz, entgleister Diabetes mellitus, rezidivierende Stürze bei zugleich zunehmender Immobilisierung und/oder kognitiver Beeinträchtigung), bewährt sich eine teilstationäre komplexgeriatrische Intervention mit umfassendem Assessment, um einen vollstationären Krankenhausaufenthalt wirksam zu vermeiden („Direktaufnahmegruppe“).

1.2 Behandlung und Behandlungskosten

Alle Behandlungsmaßnahmen konzentrieren sich in der Tagesklinik auf einen Acht-Stunden-Zeitraum pro Tag. In diesem Zeitraum müssen stets auch alle erforderlichen Maßnahmen und Vorbereitungen für die Nacht oder ein bevorstehendes Wochenende getroffen und durchgeführt werden. Tagesklinikpatienten erhalten in diesem Sinne verdichtet sowohl pflegerische Anwendungen einschließlich Behandlungspflege, ärztliche Diagnostik und Therapie sowie multidisziplinäre therapeutische Maßnahmen, zumeist auf der Grundlage eines tagesgenau festgelegten Behandlungsplans, der wöchentlich aktualisiert wird. Auf Seite der Patienten muss als Grundvoraussetzung Transportfähigkeit bestehen. In der Regel ist der Einzugsbereich einer Tagesklinik auf eine Fahrtdauer von im Mittel 30 Minuten begrenzt, Rollstuhlabhängigkeit stellt dabei keinen Hinderungsgrund dar. Bei guter Vorbereitung und unterstützendem sozialen Netzwerk können mittlerweile durchaus auch schwer beeinträchtigte Patienten (Barthel-Index < 40 Punkte) in einer Tagesklinik behandelt werden, auch wenn sie nach wie vor eine vergleichsweise kleine Patientengruppe in der Tagesklinik darstellen.

Die Vorhaltekosten der teilstationären Behandlung reduzieren sich gegenüber der vollstationären Behandlung vor allem aufgrund der nicht benötigten durchgehenden Dienstbereitschaft im ärztlichen und pflegerischen Bereich (jeweils nur eine Schicht nur an

Werktagen) und aufgrund der in Summe geringeren Unterbringungs- und Verpflegungskosten. Zugleich sind aber im Bereich der medizinisch-technischen Dienste (Therapeuten) und des Sozialdiensts die tagesbezogenen Fallkosten höher als im vollstationären Bereich, da es hier vor allem durch die besonderen TK-Indikationen und die damit verbundene Selektion des Patientenguts zu einer Leistungsverdichtung kommt. Hinzu treten die Transportkosten für insgesamt 10 Fahrten pro Woche (zumeist Sammeltransporte mit Kleinbussen von Behindertenfahrdiensten). Da die Transportkosten nicht aus dem Pflegesatz finanziert werden, geht jeder teilstationären Behandlung in der Regel ein Kostenübernahmeantrag für die Transporte und damit verbunden auch für die teilstationäre Behandlung an sich voraus. Über diesen Mechanismus wird zugleich sichergestellt, dass sich ein teilstationärer Behandlungsfall nicht zu einem „quasi ambulanten“ Fall entwickelt: Eine teilstationäre geriatrische Behandlung hat ebenso wie eine vollstationäre Behandlung ein definiertes Aufnahme- und Entlassdatum. Im Zeitabschnitt dazwischen erhält ein Patient die auf Werktage und -zeiten verdichtete teilstationäre Komplexbehandlung, bis er endgültig entlassen wird, d.h. es gibt in geriatrischen Krankenhaustageskliniken keine „quartalsweisen Wiederkehrer“ und keine ambulanzartigen „Wiedereinbestellungen“.

1.3 Teilstationäre Behandlungsfallgruppen aus DRG-Perspektive

Vor dem Hintergrund der Abrechnungsregel nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 werden derzeit für teilstationäre Fälle zumeist tagesgleiche Entgelte auf Basis von § 6 Abs. 1 KHEntG vereinbart. Diese tagesgleichen Entgelte können für direkt aufgenommene Patienten (Einweisung vom Hausarzt) wie bislang vom ersten Behandlungstag an geltend gemacht werden. Für die Direktaufnahmegruppe der TK-Patienten existiert daher derzeit kein formales Abrechnungsproblem, vielfach jedoch bereits ein Bewilligungsproblem, sodass der Zugang zur Tagesklinik aus dem ambulanten Bereich mancherorts erheblich erschwert ist. Dieser Aspekt kann und soll jedoch nicht zum Bestandteil dieser Betrachtung gemacht werden.

Die tagesgleichen Entgelte können nach Maßgabe von § 6 Abs. 2 KFPV 2004 derzeit auch für die sog. „Langliegergruppe“ *oberhalb* der oberen Grenzverweildauer geltend gemacht werden. Sieht man von den schon aufgrund der Nomenklatur zu erwartenden gehäuften Fallprüfungen ab, dann können auch für diese Fallgruppe rein formal betrachtet durchaus krankenhausesindividuell sachgerechte tagesgleiche Entgelte vereinbart werden. Es sind allerdings weniger als 10% von den kombiniert voll- und teilstationär behandelten geriatrischen Patienten, die erst nach dem 39. vollstationären Behandlungstag in die Tagesklinik wechseln können.

Etwa 40% der voll- und teilstationär behandelten Patienten wechseln vor dem 14. Tag, etwa 30% zwischen dem 14. und 20. Tag (damit insgesamt knapp 70% vor der mittleren Verweildauer der vollstationären Geriatrien) und etwa 20% zwischen dem 21. und 39. Behandlungstag.

2. Daten zur teilstationären geriatrischen Versorgung

2.1 Daten nach § 21 KHEntgG („DRG-Daten“)

Für die Abbildung teilstationärer Behandlungen steht auf Fallebene (Datei FALL) vor allem das Feld „Aufnahmegrund“ zur Verfügung, das die Art der Behandlung verschlüsselt nach § 301 SGB V enthält (Aufnahmegrund 03 = Krankenhausbehandlung, teilstationär). Daneben steht auf Fachabteilungsebene (Datei FAB) auch der spezifische teilstationäre Fachabteilungscode zur Verfügung: FAB = HA0260 Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze).

Für eine korrekte Abbildung der teilstationären Behandlungsdauer stehen ebenfalls verschiedene Möglichkeiten auf Fall- und Fachabteilungsebene zur Verfügung:

- A) Feld „Beurlaubungstage“ (Datei FALL): Anzahl der Wochenend- und Feiertage sowie individuellen Fehltage;
- B) Datei FAB: Wiederholte Angabe der FAB „HA0260“, jeweils abgegrenzt durch Wochenend-, Feier- und individuelle Fehltage („mehrere“ FAB-Aufenthalte, die zwischen „FAB-Aufnahmedatum“ und „FAB-Entlassungsdatum“ alle abrechnungsrelevanten tatsächlichen Belegungstage (= Werkstage ohne individuelle Fehltage) einschließen.

Zur Analyse der Verlegung bzw. des Übergangs von der vollstationären zur teilstationären Behandlung ist es erforderlich, auf Fallebene das Feld „Patientennummer“ korrekt zu füllen, da es keinen eindeutigen Entlassungs- bzw. Aufnahmegrund zur Abbildung des Wechsels von voll- nach teilstationär gibt. Zumeist erfolgt der direkte Wechsel an ein und demselben Tag, d.h. der vollstationäre Entlassungstag entspricht zumeist dem teilstationären Aufnahmedatum, also dem ersten teilstationären Behandlungstag. Der Wechsel erfolgt fast nie von Freitag auf Montag, da dies zumeist sowohl medizinisch als auch organisatorisch kontraindiziert ist.

2.2 Stichprobe von DRG-Daten zur Nachkalkulation von Fallkosten in der Geriatrie (Daten nach § 21 KHEntgG aus 2002)

In einer der Geriatrie vergleichbaren Größenordnung werden teilstationäre Behandlungen vor allem auch in der Onkologie und Diabetologie durchgeführt. Beide unterscheiden sich von der Geriatrie, insofern kann eine geriatrische teilstationäre Behandlung nur sicher identifiziert werden durch die Kombination des Aufnahmegrundes „03“ in Verbindung mit dem Fachabteilungscode „HA0260“. Dies setzt allerdings voraus, dass ein Fall bei einem Wechsel von der vollstationären in die teilstationäre Behandlung gesplittet wird, damit ein neuer „Fall“ mit einem neuen KH-internen-Kennzeichen angelegt werden kann. Dies ist erforderlich, um für diesen Fall dann auch den Aufnahmegrund „03“ kodieren zu können. Aufgrund abrechnungstechnischer Erfordernisse (andere Art der Berechnung der Belegungstage) wird das von den meisten KIS bereits so gehandhabt. Die Darstellung der „Fehltage“ (Nicht-Belegungstage) erfolgt allerdings höchst uneinheitlich und oft auch überhaupt nicht.

In Zusammenarbeit mit der BAG der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. hat die Forschungsgruppe Geriatrie der Charité im Jahr 2003 ein Kostenkalkulationsprojekt für geriatrische Behandlungsfälle initiiert, das sich auf die Standard-DRG-Daten im Format nach § 21 KHEntgG stützt. Daran beteiligten sich insgesamt 27 Krankenhäuser (davon 10 mit Kostendaten), darunter 16 Fachabteilungen und 11 Fachkrankenhäuser (22 Plankrankenhäuser, 4 Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag und 1 Universitätsklinik).

Insgesamt 20 der teilnehmenden Krankenhäuser verfügen über eine geriatrische Tagesklinik, aber nur 15 weisen Fälle mit dem entsprechenden Fachabteilungscode (HA0260) in den FAB-Datensätzen nach § 21 KHEntgG auf. Ein geriatrisches Fachkrankenhaus hatte 2002 zudem

Fällen mit dem Aufnahmegrund „03“ den FAB-Code für vollstationäre Geriatrie (HA0200) zugewiesen. Diese Ausgangslage verdeutlicht Tab. 1: Von den 27 Krankenhäusern würden für eine vollständige Analyse nur 10 verbleiben (6 ohne Tagesklinik und 4 mit Tagesklinik), mit zusammen insgesamt nur 1.285 teilstationären Fällen..

Tabelle 1: Datenlage nach § 21 KHEntgG zu teilstationären Behandlungsfällen 2002

KHID	TK-Plätze	Anzahl Datensätze mit				Typ
		AGrund=03	FAB=HA0260	BUTage	TK-PID	
4	keine	0	0	0		Keine TK – ok
7	keine	0	0	0		Keine TK – ok
10	keine	0	0	0		Keine TK – ok
12	keine	0	0	0		Keine TK – ok
18	keine	0	0	0		Keine TK – ok
20	keine	0	0	0		Keine TK – ok
6	20	0	0	0		Keine teilstationären Datensätze
8	12	0	0	0		Keine teilstationären Datensätze
9	30	0	0	0		Keine teilstationären Datensätze
24	kA	0	0	0		Keine teilstationären Datensätze
27	kA	0	0	0		Keine teilstationären Datensätze
1	20	242	0	181	65	TK-FAB = HA0200 – PID unvollst.
16	12	218	218	0	218	Einzel-FAB ohne BUT
17	12	217	217	0	217	Einzel-FAB ohne BUT
15	10	121	1117	0	121	Multi-FAB ohne BUT
2	15	183	195	170	0	Einzel-FAB mit BUT - ohne PID
3	kA	57	57	56	0	Einzel-FAB mit BUT - ohne PID
19	8	77	76	73	0	Einzel-FAB mit BUT - ohne PID
22	20	156	156	146	0	Einzel-FAB mit BUT - ohne PID
23	20	191	192	175	0	Einzel-FAB mit BUT - ohne PID
26	10	57	57	54	0	Einzel-FAB mit BUT - ohne PID
11	15	430	431	430	0	Einzel-FAB mit BUT - ohne PID
5	40	69	68	66	69	TK-Fälle unvollständig
13	40	484	484	460	484	Einzel-FAB mit BUT + PID – ok
14	40	393	393	368	393	Einzel-FAB mit BUT + PID – ok
21	10	75	75	63	75	Einzel-FAB mit BUT + PID – ok
25	8	91	705	83	91	Multi-FAB mit BUT + PID – ok

AGrund = Feld „Aufnahmegrund“; FAB = Fachabteilung; TK = Tagesklinik; KHID = Krankenhaus-ID (anonym)

BUT = Feld „Beurlaubungstage“; PID = Feld „Patientennummer“

Tabelle 1 verdeutlicht damit einerseits, dass zumindest 2002 die Datenlage nach § 21 KHEntgG für eine vollständige DRG-Kalkulation teilstationärer und kombiniert voll-/teilstationärer Fälle noch unzureichend war. Daraus abgeleitete Vorschläge zur Verbesserung der Datenlage nach § 21 KHEntgG finden sich weiter unten in Abschnitt 4.

Die Tabelle verdeutlicht zugleich aber auch, dass geriatrische Tageskliniken zumeist kleine Einheiten mit relativ geringer Kapazität sind (minimal 8 bis maximal 40 Plätze, im Mittel 15 TK-Plätze).

2.3 GEMIDAS-Daten zu teilstationären Behandlungsfällen 2003

Das Zentralregister der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. zu geriatrischen Behandlungsfällen – Geriatrisches Minimum Data Set (GEMIDAS) – besteht seit 1997. Jährlich werden in diesem Register etwa 50.000 vollstationäre und 5.000 teilstationäre Behandlungsfälle dokumentiert. Von den teilnehmenden Kliniken mit abgeschlossenem Jahresthemen 2003 ist für 21 Krankenhäuser bekannt, dass sie über eine angeschlossene geriatrische Tagesklinik verfügen. Für 19 von diesen ist zudem die aktuelle Größe der TK bekannt (8 bis 40 Plätze, im Mittel 18,5 TK-Plätze). Dabei wurden via Internet alle Klinik-Homepages nochmals aktuell visitiert und die vorliegenden Informationen auf den neuesten Stand gebracht. Dies führte bei 9 Kliniken zu einem Statuswechsel dahingehend, dass nun konkrete Angaben über eine angeschlossene Tagesklinik einschließlich der verfügbaren TK-Plätze vorlagen.

Tabelle 2: GEMIDAS-Datenbestand zu kombinierten Behandlungsfällen 2003 (KH mit TK)

Krankenhaus		Fälle		Wechsel in TK (VSG-Fälle)				
KHID	TK-Plätze	TK-Fälle	VSG-Fälle	Ohne	TK int.	TK ext.	entf.	kA
101	20	226	1484	1336	61	0	87	0
102	15	153	959	771	29	0	134	25
103	kA	100	733	620	27	0	86	0
104	30	236	643	506	94	0	43	0
105	12	148	642	500	59	2	81	0
106	kA	195	1618	1397	54	1	156	10
107	30	384	2194	1873	83	5	129	104
108	10	97	1154	586	30	4	266	268
109	15	195	759	477	158	2	122	0
110	12	115	1781	1257	104	0	252	168
111	40	340	2027	787	124	6	168	942
112	10	54	359	134	19	1	33	172
113	15	Keine TK-Fälle dokumentiert	434	367	13	14	29	11
114	20	284	632	493	67	0	72	0
115	10	51	1100	897	35	0	168	0
116	20	208	1437	1125	115	0	197	0
117	8	100	503	354	96	1	51	1
118	10	Keine TK-Fälle dokumentiert	392	292	1	0	33	66
119	15	156	599	434	67	0	95	3
120	12	38	110	7	17	0	3	83
121	10	19	449	346	2	0	30	71
GESAMT		3.099	20.009		1.255			1.924

VSG = Vollstationäre Geriatrie; TK = Tagesklinik, int. = intern (angeschlossen), ext. = extern (anderes KH)

Insgesamt zwei der 21 Krankenhäuser mit TK haben keine teilstationären Fälle nach GEMIDAS dokumentiert, bei vier weiteren Kliniken liegt die teilstationäre Gesamt-Fallzahl unter 60 und ist damit sehr wahrscheinlich nicht ganz vollständig. Im Übrigen ist jedoch zu berücksichtigen, dass Kostenübernahmen für eine tagesklinische Behandlung seit etwa zwei Jahren nur sehr restriktiv ausgesprochen werden und viele teilstationär behandelbaren geriatrischen Patienten deshalb entweder nicht vom Hausarzt eingewiesen oder vom vollstationären Bereich übernommen werden können. Für eine genauere Plausibilitäts- und Vollständigkeitsprüfung wäre jedoch eine Abfrage der jeweiligen tatsächlichen Auslastung im

Jahr 2003 erforderlich, wofür zunächst nicht die Zeit zur Verfügung stand. Daher müssen die hierauf fußenden Analysen und Ergebnisse als vorläufig betrachtet werden.

Durch das in GEMIDAS prinzipiell zu jedem vollstationären Behandlungsfall abschließend verfügbare Merkmal „Verlegung in die Tagesklinik“ können teilstationär weiterbehandelte vollstationäre Fälle auf dieser Basis relativ sicher identifiziert werden. Da jedoch die Vollständigkeit der PID (entspricht der „Patientennummer“ im Datensatz nach § 21 KHEntgG) in den GEMIDAS-Datensätzen eher noch schlechter ist, gelingt auch auf Basis von GEMIDAS keine sicher vollständige Analyse mit eindeutiger Zusammenlegung der beiden Behandlungsfälle.

Die Vergleichsstichprobe zu den Krankenhäusern und Fällen der Tabelle 2 wird definiert durch die an GEMIDAS teilnehmenden Krankenhäuser ohne angeschlossene Tagesklinik mit abgeschlossenem Jahresttransfer 2003 und überprüfem Versorgungsangebot (Tabelle 3).

Tabelle 3: GEMIDAS-Datenbestand zu vollstationären Vergleichsfällen 2003 (KH ohne TK)

KHID	TKPlätze	VSG-Fälle	TK-Verlegung
201	keine	227	0
202	keine	551	3
203	keine	983	2
204	keine	1.164	0
205	keine	570	0
206	keine	626	0
207	keine	477	0
208	keine	260	2
209	keine	391	0
210	keine	326	0
211	keine	551	0
212	keine	595	0
GESAMT		6.721	7

VSG = Vollstationäre Geriatrie

Aufgrund des Ausgangsbefundes zu den Krankenhäusern mit angeschlossener TK wurden auch die Krankenhäuser ohne TK – zumindest nach Angaben der Klinik-Homepages – nochmals auf dieses Merkmal hin überprüft. Die herangezogenen 11 „Krankenhäuser ohne TK“ verfügen auf dieser Grundlage nach wie vor über kein teilstationäres Behandlungsangebot. Dies wird auch durch die zugehörigen GEMIDAS-Daten der Kliniken reflektiert, insgesamt traten in dieser Vergleichsstichprobe nur 7 Datensätze mit der Kodierung „Verlegung in die TK“ am Ende des vollstationären Aufenthalts auf (sehr wahrscheinlich Kodierfehler, die Datensätze wurden daher nicht eliminiert).

Verteilung der KH-Stichprobe über das Bundesgebiet nach Postleitgebieten (1. Ziffer):

Gebiet	Mit Tagesklinik	Ohne Tagesklinik
1	4 Krankenhäuser	1 Krankenhaus
2	5 Krankenhäuser	--
3	4 Krankenhäuser	5 Krankenhäuser
4	1 Krankenhaus	1 Krankenhaus
5	2 Krankenhäuser	--
6	3 Krankenhäuser	2 Krankenhäuser
7	--	2 Krankenhäuser

Mit insgesamt über 26.000 vollstationären und über 3.000 teilstationären Datensätzen stehen für die nachfolgend dargestellte Vorab-Analyse damit mehr als die Hälfte aller nach GEMIDAS dokumentierten Behandlungsfälle des Jahres 2003 bereits zur Verfügung.

3. Fragestellung und vorläufige Ergebnisse der Vorab-Analyse

3.1 Fokussierung der Analyse

Im Zentrum dieser Vorab-Analyse steht die Fragestellung, ob die Verweildauer von geriatrischen Fällen in Krankenhäusern **ohne** teilstationäre Behandlungsmöglichkeit länger als in Krankenhäusern **mit** teilstationärer Behandlungsmöglichkeit ist und ob sich das Patientengut zwischen beiden Krankenhaustypen systematisch unterscheidet.

Im Fokus stehen damit primär *vollstationär* behandelte geriatrische Patienten. Als Datengrundlage wird der in Abschnitt 2 beschriebene GEMIDAS-Datensatz des Jahres 2003 zugrunde gelegt, der eine relativ sichere Identifikation der kombiniert voll- und teilstationär behandelten Fälle erlaubt, selbst wenn eine eindeutige Zusammenführung der Teilaufenthalte wegen der zumeist fehlenden PIID nicht gelingt.

3.2 Definition der zu vergleichenden Patientengruppen

Insgesamt können vier verschiedene vollstationäre Patientengruppen definiert werden:

1. Vollstationär behandelte Patienten in KH **mit** geriatrischer Tagesklinik insgesamt sowie unterschieden nach den beiden **Untergruppen**:
 - 1a. *Ausschließlich* vollstationär behandelte Patienten (*ohne* TK-Aufenthalt)
 - 1b. Vollstationär behandelte Patienten *mit* anschließendem TK-Aufenthalt
2. Vollstationär behandelte Patienten in KH **ohne** geriatrische Tagesklinik

Im nachstehenden Text werden dabei durchgehend die Abkürzungen „VSG“ für „Vollstationäre Geriatrie“, „TK“ für „Tagesklinik“, „KH“ für „Krankenhaus“, „MVD“ für „Mittlere Verweildauer (arithmetisch)“, sowie „VD“ für „Verweildauer“ benutzt.

Im Hinblick auf die Vergleichsgruppen wird die Bezeichnung „Nur VSG“ für die Untergruppe 1a und die Bezeichnung „Mit TK“ für die Untergruppe 1b verwendet. Soweit nichts anderes angegeben wird, beziehen sich alle Auswertungen immer auf den vollstationären Behandlungsabschnitt.

3.3 Ergebnisse zum Verweildauervergleich

Tabelle 4 fasst die Ergebnisse des Verweildauervergleichs zwischen den verschiedenen Patientengruppen zusammen. Abweichungen von den Fallzahlen der Tabellen 2 und 3 kommen durch fehlende Werte zustande. Aufgrund der Schiefe und Multimodalität der Verweildauerverteilungen werden die Rohwerte für jeweils die gesamte Stichprobe („Alle Fälle“) ergänzt um Angaben bei fixem oberem Abschneiden der Verteilungen („Max. VD=50 Tage“) sowie um Angaben bei relativem oberem Kürzen der Verteilung um 5% der Fälle („95% VD gestutzt“).

Aufgrund der jeweils kleinen TK-Einheiten bei gleichzeitig ausgeprägten Selektionskriterien auf Patientenebene (vgl. Abschnitt 1.2) ist in den Krankenhäusern mit teilstationärem Behandlungsangebot der Anteil der Fälle mit *kombinierter* voll- und teilstationärer Behandlung gering (6,1% aller VSG-Fälle).

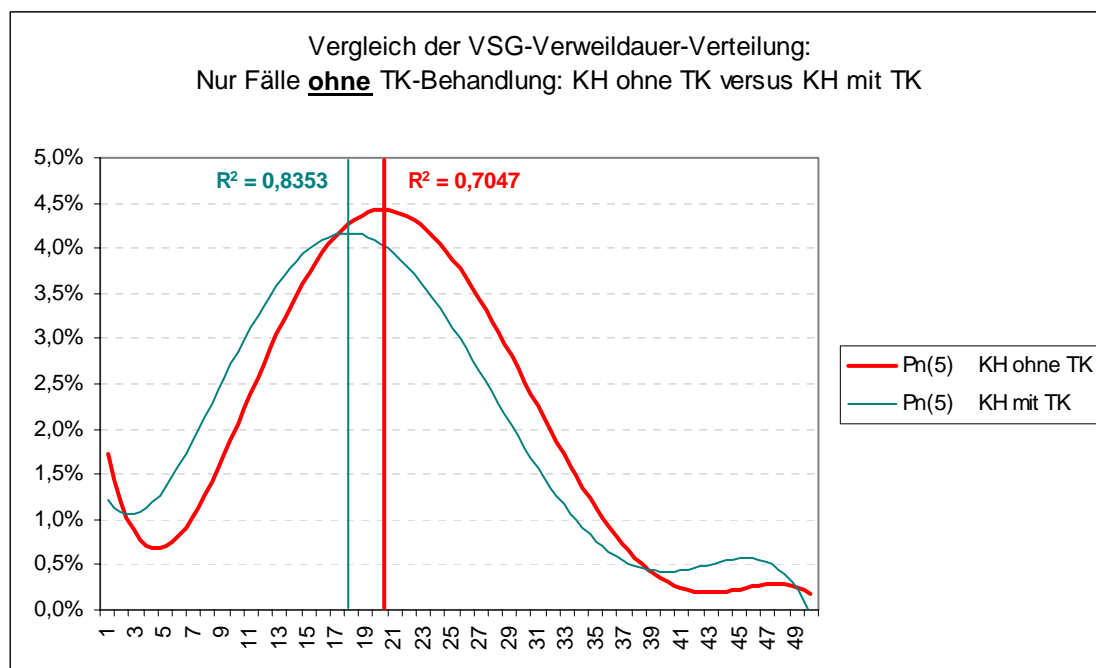
Tabelle 4: Verweildauervergleich der vollstationären Patientengruppen

Patientengruppe	Fälle	Prozent	VSG		Alle Fälle	Max. VD=50	95% VD	
			VSG<14	VSG<21	MVD	MVD	(gestutzt)	
KH mit TK	1a. Nur VSG	18.588	93,9%	25,1%	55,4%	20,9	19,7	19,1
	1b. Mit TK	1.206	6,1%	38,1%	67,2%	18,8	17,3	16,7
GESAMT		19.794	100%	25,9%	56,2%	20,8	19,5	18,9
KH ohne TK	2. Nur VSG	6.707	100%	19,7%	46,6%	21,5	20,9	20,0

Es sind in dieser relativ kleinen Patientengruppe jedoch immerhin 38,1%, die vor dem 14. vollstationären Behandlungstag in die Tagesklinik wechseln können und insgesamt 67,2%, die vor dem 21. VSG-Tag wechseln. Aufgrund der relativ kleinen Fallzahlen mit kombiniert voll- und teilstationärer Behandlung wirkt sich dies jedoch kaum auf den Kennwert der mittleren Verweildauer insgesamt aus. Hier liegen die KH **mit** TK bei einer mittleren Verweildauer von 20,8 Tagen insgesamt, die – je nach Methode – zwischen 0,7 und 1,4 Tagen unterhalb der mittleren VSG-Verweildauer in KH **ohne** TK liegt.

Orientierende Vergleiche der oben abgeschnittenen Verweildauerverteilungen zeigen, dass das Verteilungsmaximum der VSG-Fälle ohne TK-Behandlung in KH **mit** TK-Angebot etwa zwei Tage vor dem Verteilungsmaximum aller VSG-Fälle in KH **ohne** TK-Angebot liegt (Abb. 1).

Abbildung 1: Verweildauervergleich Fälle ohne TK-Behandlung (KH mit vs. ohne TK)

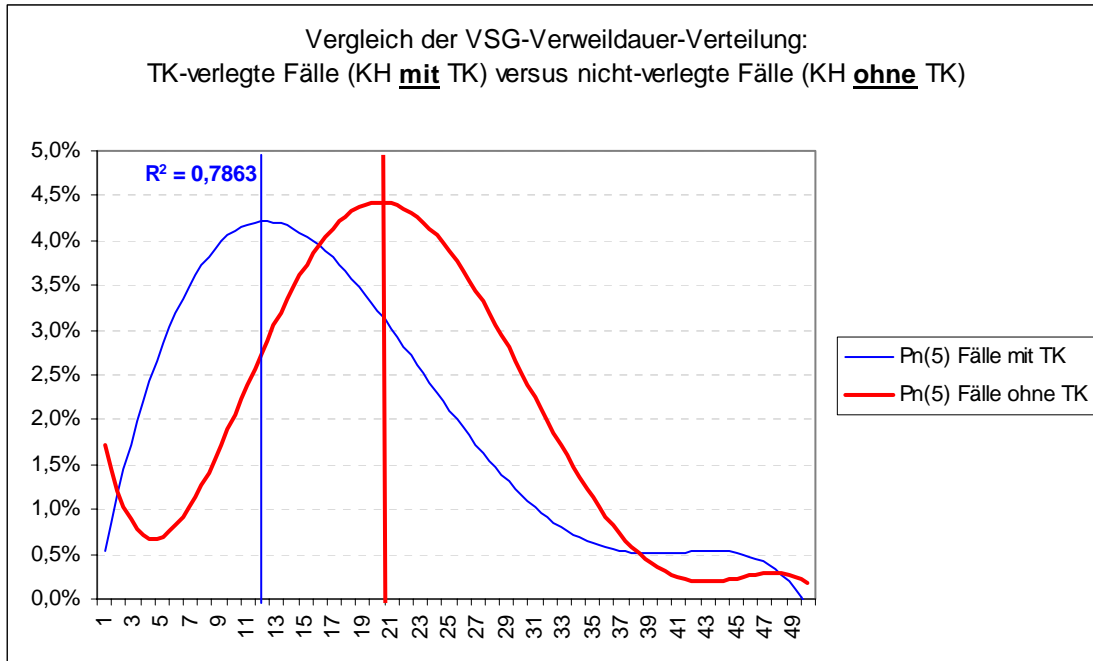


Pn(5) = Polynomischer Trend (5. Ordnung) mit Bestimmtheitsmaß R^2 und max. Wendepunkt

Kontrastiert man auf die selbe Weise die VSG-Verweildauerverteilungen der Fälle mit anschließender TK-Behandlung (aus KH mit TK-Angebot) mit denen aller VSG-Fälle in KH **ohne** TK-Angebot, dann ergibt sich für die hier betrachteten Gruppen die größte Verweildauerdifferenz (Abb. 2): Die Verteilungsmaxima liegen etwa 8 Tage auseinander. Die

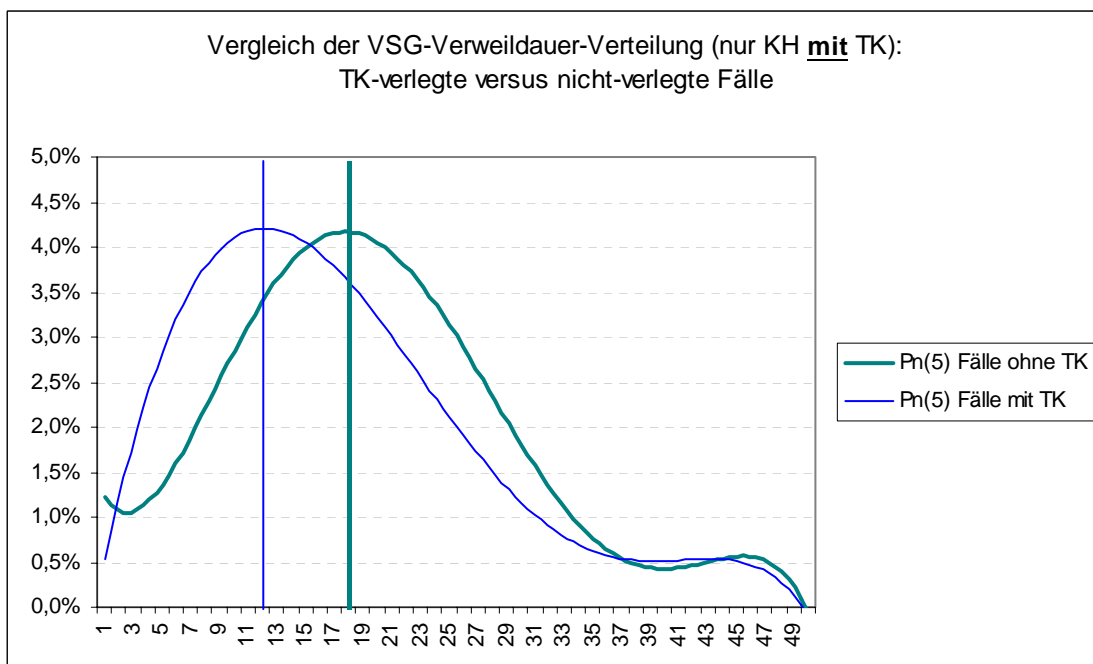
kleine Gruppe der TK-verlegten VSG-Fälle in KH mit entsprechender Behandlungsmöglichkeit (6,1% der VSG-Fälle) weisen deutlich häufiger eine kürzere VSG-Verweildauer auf als die Gruppe der insgesamt vollstationär behandelten Patienten in KH ohne TK-Behandlungsmöglichkeit.

Abbildung 2: Verweildauervergleich Fälle mit und ohne TK-Behandlung (Gruppe 1b vs. 2)



Annähernd derselbe Unterschied kann jedoch auch im Vergleich der beiden Behandlungsgruppen innerhalb der KH mit TK-Angebot gezeigt werden (Abb. 3), wobei hier die Verteilungsmaxima 6 Tage auseinander liegen.

Abbildung 3: Verweildauervergleich Fälle mit und ohne TK-Behandlung (Gruppe 1b vs. 1a)



3.4 Deskriptive Ergebnisse zum Vergleich des behandelten Patientenguts

Unter der Annahme, dass die Möglichkeit zur kombinierten voll- und teilstationären Versorgung zumindest bei einer kleinen Gruppe der im Krankenhaus behandelten geriatrischen Patienten zu einer Verkürzung der vollstationären Verweildauer beiträgt, legen die vorläufigen Befunde zum Verweildauervergleich (Abschnitt 3.3) nahe, dass auch in Krankenhäusern **ohne** angeschlossene geriatrische Tagesklinik eine solche Patientengruppe existiert, die mangels Möglichkeit ausschließlich vollstationär behandelt wird.

Zur Untersuchung dieser Hypothese sind detaillierte Analysen zum jeweils in den verschiedenen Kliniken behandelten Patientengut erforderlich. Im Rahmen dieser Vorab-Analyse erfolgt dies zunächst ohne analytische Statistik orientierend und deskriptiv anhand einiger weniger Merkmale:

1. Hauptdiagnosekategorien (MDC) (Abb. 4)
2. PCCL (Abb. 5)
3. Verweildauergruppen (Abb. 6)
4. Veranlasser der vollstationären geriatrischen Behandlung (Abb. 6)
5. Grad der Funktionsbeeinträchtigung bei VSG-Aufnahme (Barthel-Index) (Abb. 7)
6. Mittlere Verweildauer nach VSG-Aufhman Anlass (Abb. 8)

Auf eine Betrachtung mittels DRG wurde bewusst verzichtet, da beispielsweise die Kurzbehandlung nach OPS 8-550.0 derzeit nicht gruppierungsrelevant ist und zudem datentechnisch keine Möglichkeit besteht, eine ggf. auf die beiden zusammenhängenden voll- und teilstationären Episoden verteilte Leistung zusammen zu führen. Da die DRG- und Abrechnungssystematik derzeit außerdem alle kombiniert behandelten Fälle erheblich unterbewertet, können für die hier vorgesehenen Fallgruppenvergleiche nur Basisindikatoren sinnvoll herangezogen werden.

Abbildung 4: Vergleich der Hauptdiagnosekategorien (MDC)

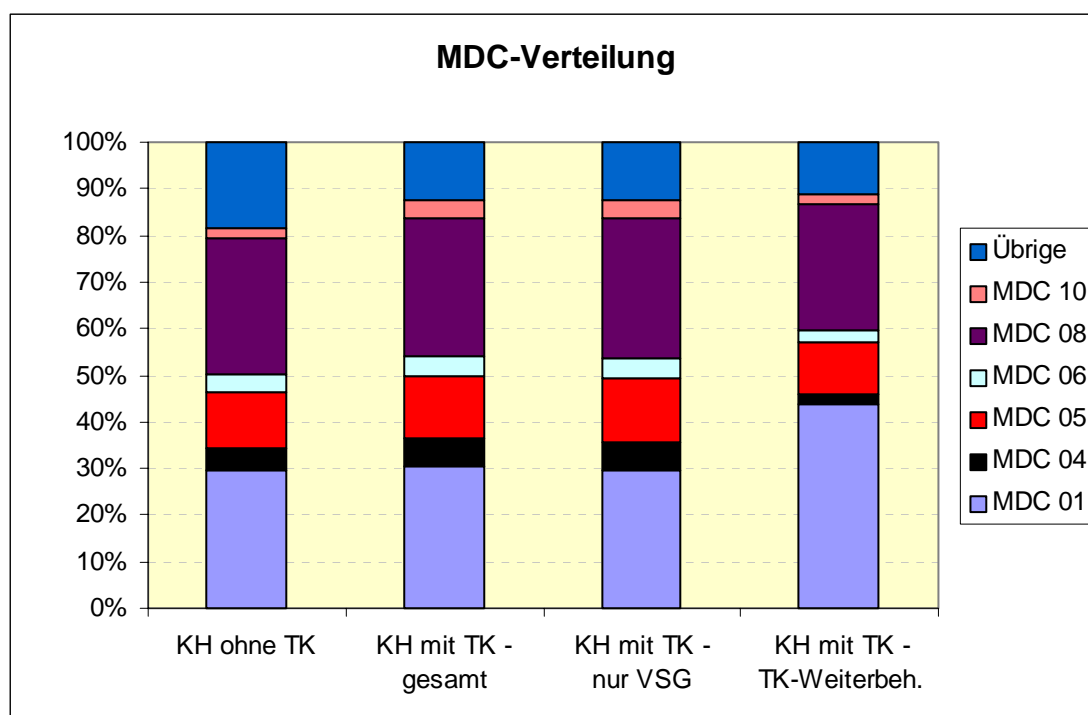


Abbildung 5: Vergleich der PCCL-Verteilung

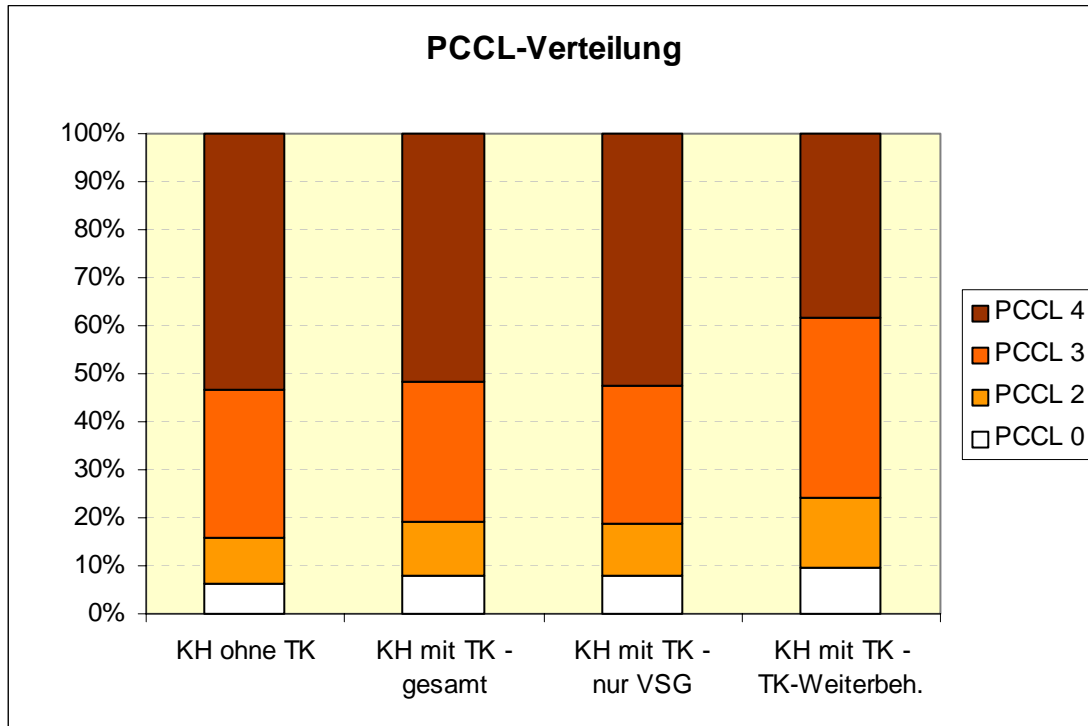
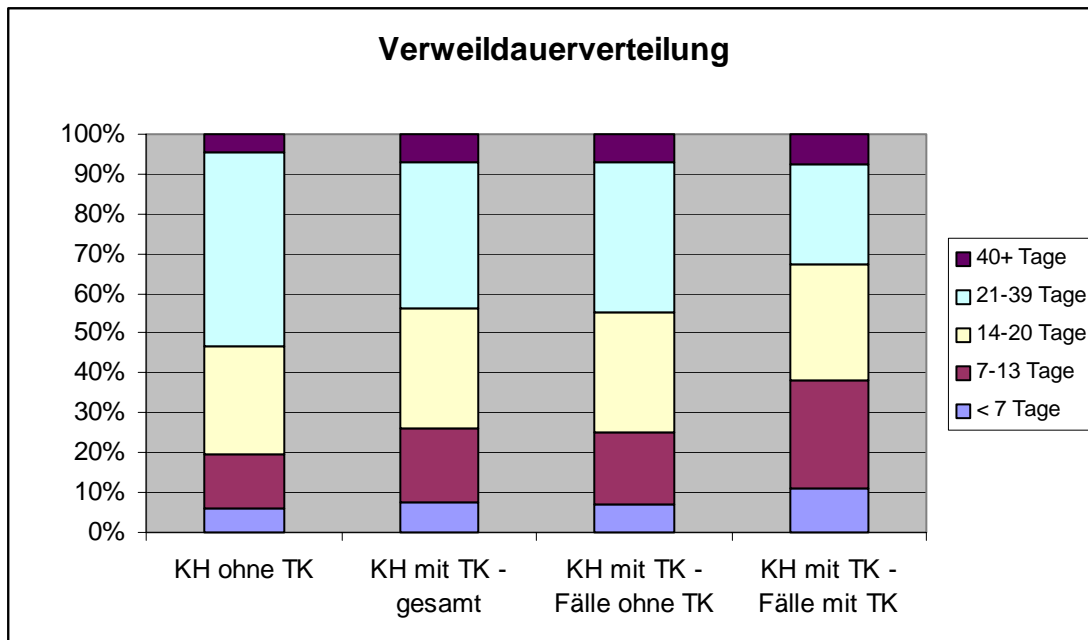
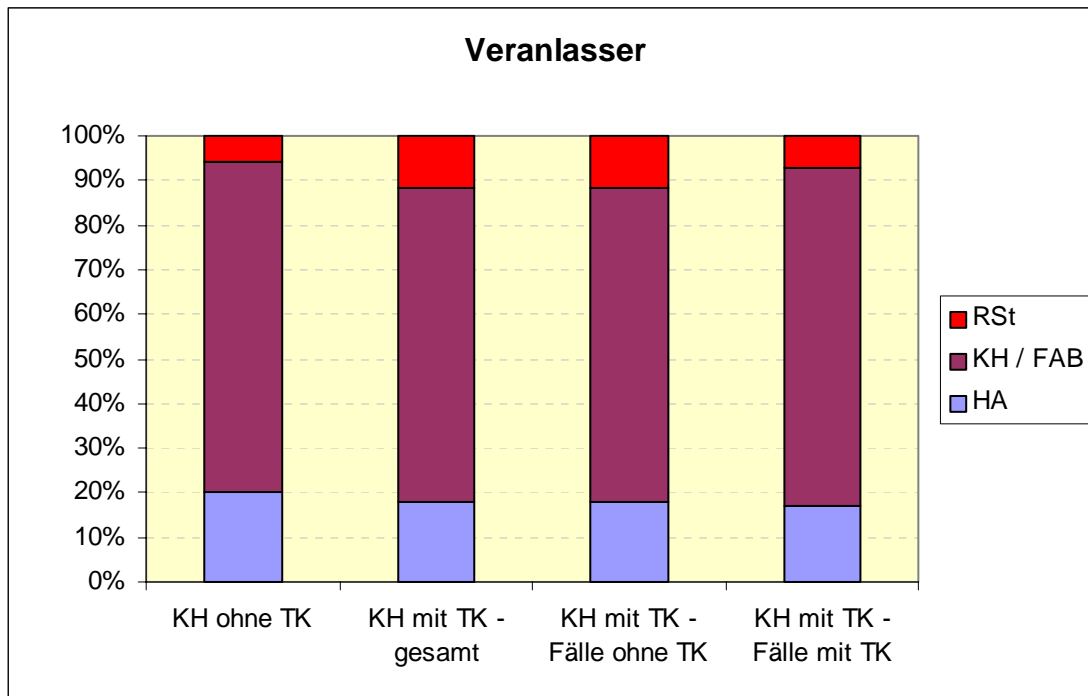


Abbildung 6: Vergleich der Verweildauergruppen-Verteilung



Anmerkung: Die Tagesklinik kann im Verlauf einer vollstationären Behandlung sowohl bereits relativ früh (< 14 Tage: ca. 38%), als auch relativ spät (> 21 Tage: ca. 33%) zum Einsatz kommen. Es handelt sich dabei allerdings um *unterschiedliche* Patientengruppen, die noch einer genaueren Analyse und Beschreibung bedürfen.

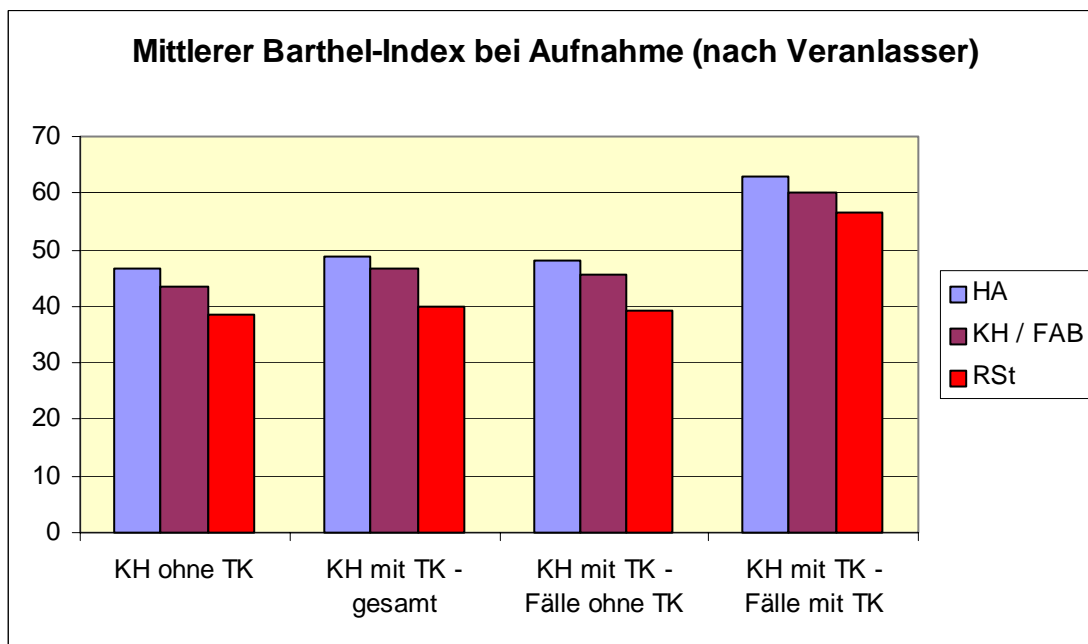
Abbildung 7: Vergleich der Verteilung der VSG-Aufnahmeanlässe



RSt = Rettungsstelle; KH / FAB: durch externes Krankenhaus oder andere interne FAB; HA = Hausarzt

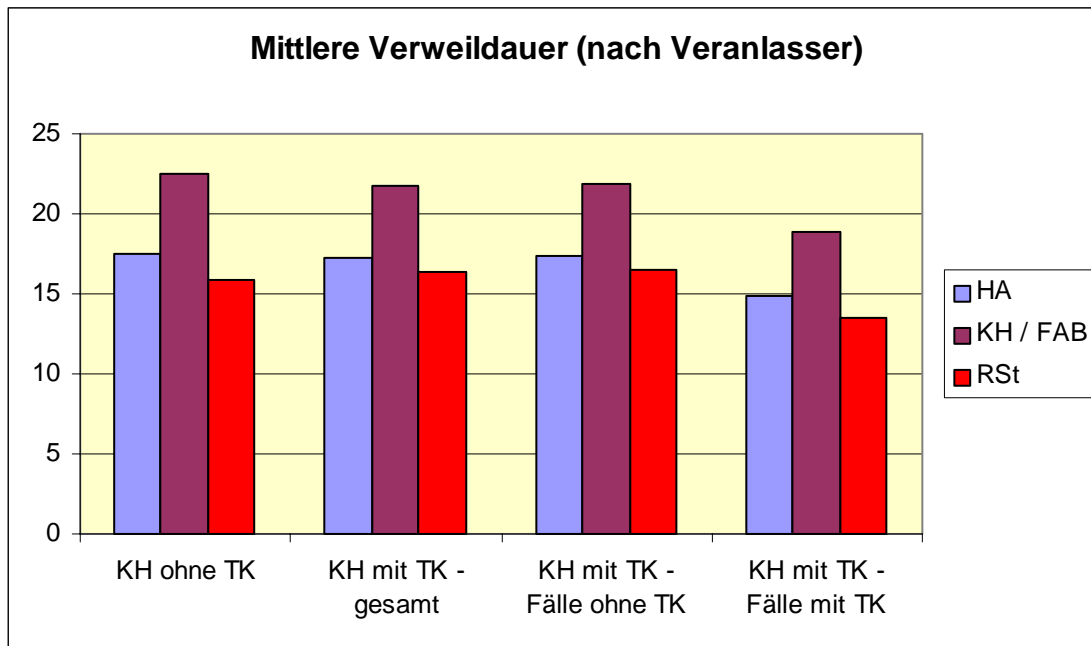
Anmerkung: In der verglichenen Stichprobe sind die KH **mit** TK-Angebot zugleich häufiger an Rettungsstellen angebunden und übernehmen einen doppelt so hohen Prozentsatz direkt von dort in die vollstationäre geriatrische Behandlung, als die in der Stichprobe vertretenen KH **ohne** TK-Angebot. Patienten, die von Rettungsstellen direkt übernommen werden, weisen allerdings seltener eine Indikation für eine kombinierte voll- und teilstationäre Behandlung auf.

Abbildung 8: Vergleich des mittleren Barthel-Index bei Aufnahme (nach Veranlasser)



RSt = Rettungsstelle; KH / FAB: durch externes Krankenhaus oder andere interne FAB; HA = Hausarzt

Abbildung 9: Vergleich der mittleren VSG-Verweildauer (nach Veranlasser)



RSt = Rettungsstelle; KH / FAB: durch externes Krankenhaus oder andere interne FAB; HA = Hausarzt

3.5 Zusammenfassung der vorläufigen Ergebnisse zum KH-Vergleich

In der verglichenen Stichprobe zeigen Krankenhäuser **mit** tagesklinischer Behandlungsmöglichkeit im Vergleich zu solchen **ohne** Tagesklinik

1. eine insgesamt etwas kürzere *mittlere* vollstationäre Verweildauer (ca. 1-2 Tage)
2. eine deutlich kürzere *mittlere* vollstationäre Verweildauer bei der kleinen Gruppe der Patienten mit Indikation zur kombinierten voll- und teilstationären Behandlung (ca. 6-8 Tage, ca. 6% der insgesamt vollstationär behandelten Patienten)
3. keine wesentlichen Unterschiede im insgesamt vollstationär behandelten Patientengut hinsichtlich Hauptdiagnosekategorien, PCCL und mittlerem Barthel-Index
4. eine etwas häufigere Anbindung an Rettungsstellen mit Direktübernahme von geriatrischen Patienten in die vollstationäre Behandlung

Geriatrische Patienten mit einer Indikation zur kombinierten voll- und teilstationären Behandlung (etwa 6% aller vollstationär behandelten Patienten) haben

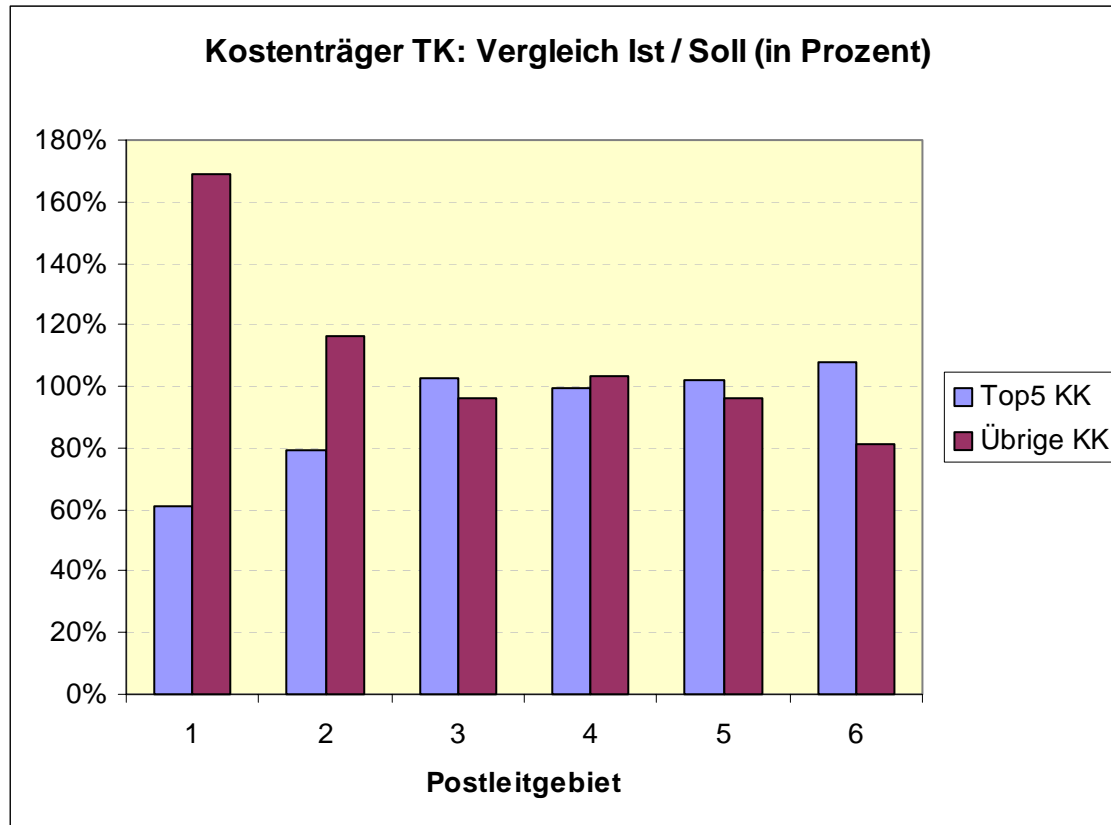
1. häufiger eine Hauptdiagnose aus der MDC 01 (Nervensystem),
2. weniger häufig äußerst schwere CC, und
3. einen durchschnittlich besseren Barthel-Index bei vollstationärer Aufnahme.

Zu berücksichtigen ist dabei, dass drei Faktoren derzeit auf Art und Größe der Patientengruppe mit kombinierter voll-/teilstationärer Behandlung Einfluss nehmen:

1. Der mittlere vollstationäre Aufnahmebarthel-Index sinkt in den Geriatrien kontinuierlich (häufiger schwerer betroffene Fälle);
2. Kostenübernahmen (nach altem BPfIV-Recht) sind für eine teilstationäre Behandlung nur schwer und von manchen Kostenträgern fast überhaupt nicht mehr zu erhalten (vgl. Abb. 10);

3. ein frühzeitiger Wechsel in die TK wird (nach neuem DRG- und KFPV-Recht) mit Abschlägen unterhalb der MVD geahndet (der größte Teil der kombiniert behandelten Fälle sind Verlegungsfälle)

Abbildung 10: Kostenträger und teilstationäre geriatrische Behandlung nach Region



Anmerkung: Orientierende Analyse auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG aus dem Jahr 2002: Ermittlung der relativen Gesamthäufigkeit von teilstationären geriatrischen Behandlungsfällen sowie der fünf häufigsten Kostenträger-IK-Nummern insgesamt (voll- und teilstationäre Fälle) je Postleitgebiet. Anschließend Berechnung von Kostenträger-TK-Sollzahlen aus der Kostenträgerfallzahl gesamt und der relativen TK-Prävalenz je Postleitgebiet mit anschließendem Vergleich zu den tatsächlichen TK-Istzahlen je Kostenträger-IK je Postleitgebiet. In einigen Regionen scheinen sich danach einige Kostenträger bereits aus der Finanzierung der teilstationären Versorgung verabschiedet zu haben. Der Befund erfordert allerdings noch eingehendere weitere Analysen und eine Validierung anhand neuerer Daten aus dem Jahr 2003.

4. Verbindliche Vorgaben zur Abbildung teilstationärer Fälle im Datensatz nach § 21 KHEntgG

Aus geriatrischer Perspektive (durchgehende teilstationäre Behandlung, nur unterbrochen von Wochenenden, Feiertagen und individuellen Fehltagen ohne Quartalsbezug und ohne Wiedereinbestellungen) können zwei äquivalente Varianten beschrieben werden, die eine zukünftig sichere Identifizierung der zugehörigen Fälle im Rahmen der Kalkulation von teilstationären und kombiniert voll- und teilstationären Behandlungsfallkosten ermöglichen würde. Beide Varianten gehen davon aus, dass – wie bisher – bei kombinierter Behandlung grundsätzlich zwei Fälle mit zwei verschiedenen Aufnahmeummern angelegt werden.

Variante 1: Vollständige Identifizierung auf Fallebene (Datei FALL)

Der vollstationäre Behandlungsfall wird zu Beginn mit dem Aufnahmegrund „01“ (KH-Behandlung, vollstationär) und am Ende bei Wechsel in die teilstationäre Weiterbehandlung mit dem Entlassungsgrund „03“ (sonstige Gründe) gekennzeichnet (wünschenswert wäre hier allerdings ein spezifischer Kode für den Wechsel von voll- nach teilstationär).

Der teilstationäre Behandlungsfall erhält eine eigene Aufnahmenummer, den Aufnahmegrund „03“ (KH-Behandlung, teilstationär) und das vollstationäre Entlassdatum als Aufnahmedatum (direkter Übergang in die teilstationäre Behandlung). Alle teilstationären Nicht-Behandlungstage (Wochenenden, Feiertage und individuelle Fehltag) werden zusammengezählt und im Feld „Beurlaubungstage“ abgelegt. Der letzte teilstationäre Behandlungstag wird als Entlassungsdatum angegeben.

Der voll- und der teilstationäre Fall erhalten beide die selbe Patientenummer (PID). Auf der Fachabteilungsebene (Datei FAB) wird nur ein Datensatz mit dem FAB-Kode „HA0260“ angelegt und mit demselben teilstationären Aufnahme- und Entlassungsdatum versehen wie auf Fallebene. Die Verweildauer ergibt sich dann rechnerisch wie für vollstationäre Fälle mit dem einzigen Unterschied, dass der Entlassungstag mitgezählt wird (teilstationäre Belegungstage = Entlassungsdatum minus Aufnahmedatum minus Beurlaubungstage plus 1).

Nachteil: Alle Nicht-Behandlungstage müssen separat erfasst, zusammengezählt und in das Feld Beurlaubungstage eingetragen werden. Fehlt die Angabe, kann die tatsächliche Zahl der teilstationären Belegungstage nicht mehr aus den übrigen Daten ermittelt werden, womit der gesamte Fall dann kalkulatorisch unbrauchbar ist und abgewiesen werden muss.

Vorteil: Datentechnisch ohne jeglichen Aufwand umsetzbare, eindeutige und unmissverständliche Vorgabe zur teilstationären Verweildauerdokumentation bei „durchgehender teilstationärer Behandlung mit definiertem Beginn und Ende (analog zur vollstationären Behandlung)“.

Variante 2: Identifizierung auf Fall- und Fachabteilungsebene (Datei FALL und FAB)

Die Dokumentation auf Fallebene (Datei FALL) erfolgt entsprechend Variante 1. Ergänzend werden in Datei FAB unter der teilstationären Aufnahmenummer (d.h. mit dem KH-internen-Kennzeichen des zugehörigen teilstationären FALL-Datensatzes) alle abrechnungsrelevant *zusammenhängenden* Abschnitte von Belegungstagen mit dem Anfangs- und Enddatum sowie mit dem FAB-Kode „HA0260“ abgelegt. Für jeden dieser Abschnitte müssen das angegebene Anfangs- und das angegebene Enddatum sowie alle dazwischen liegenden Tage teilstationäre Belegungstage gewesen sein. Dann kann für jeden einzelnen HA0260-Abschnitt aus der Differenz zwischen FAB-Entlassungsdatum und FAB-Aufnahmedatum plus 1 die Zahl der teilstationären Belegungstage des Abschnitts ermittelt und daraus wiederum über alle zum Behandlungsfall gehörenden FAB-Datensätze die Summe gebildet werden (s. nachstehendes Beispiel).

FAB	FAB-Aufnahmedatum		FAB-Entlassungsdatum		ATag	ETag	BT
HA0260	10.06.2002	08:00	11.06.2002	17:00	Mo	Di	2
HA0260	13.06.2002	08:00	14.06.2002	17:00	Do	Fr	2
HA0260	17.06.2002	08:00	21.06.2002	17:00	Mo	Fr	5
HA0260	24.06.2002	08:00	24.06.2002	17:00	Mo	Mo	1
HA0260	26.06.2002	08:00	27.06.2002	17:00	Mi	Do	2
					Gesamt	BT	= 12

Nachteil: Bei intermittierender Behandlung (z.B. externe Dialyse an jedem zweiten Tag) sehr datenaufwendiges Verfahren (jeder teilstationäre Belegungstag erfordert dann einen FAB-Datensatz).

Vorteil: Die tatsächliche Zahl der teilstationären Belegungstage kann aus dem Datensatz selbst ermittelt werden und ist nicht mehr abhängig von einer Angabe im Feld „Beurlaubungstage“. Das Feld „Beurlaubungstage“ sollte dennoch zusätzlich gefüllt werden, dann besteht über die Datenredundanz zugleich die Möglichkeit zur internen Plausibilitätskontrolle.

5. DRG-Abrechnungsvorschläge für teilstationäre Behandlungsfälle

Mit Hilfe verbindlicher Vorgaben zur Abbildung teilstationärer Behandlungsfälle (vgl. Varianten 2 und 2 in Abschnitt 4) lassen sich auf Basis der Daten nach § 21 KHEntgG vollständig automatisiert kombiniert voll- und teilstationär behandelte Fälle erkennen, bewerten und zusammenführen (s. nachstehendes Beispiel).

PatNr	KHiKz	AdatumTag	EDatumTag	BT	FAB	VSGDRG	MVD	MVDRG	oGVD	AAAnlass	EGrund	PrüfOGVD	VorKHiKz	KFPV
3914	5021	17.01.02	23.01.02	6	VSG	I71Z	10	0,081	23V		039	08.02.02		
3914	5028	23.01.02	07.02.02	12	TK						019		5021	§6 Abs. 2

Das Beispiel illustriert zugleich die Problematik der Abrechnungsregel nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004: Nach einer 6-tägigen vollstationären Behandlungsepisode (Verlegungsfall, DRG I71Z, RG nach Katalog 0,941, MVD der DRG 10 Tage, Abschlag 0,324, effektives RG 0,617, Entgelt bei Baserate 2.800€ = 1728€) erfolgt der Wechsel in die teilstationäre Behandlung mit anschließend 12 Belegungstagen in der Tagesklinik. Die insgesamt erbrachte Leistung (verteilt auf die voll- und die teilstationäre Episode) entspricht dabei den Kriterien des OPS 8-550.1, kann jedoch weder für den voll- noch für den teilstationären Fall kodiert werden, da weder der eine noch der andere das geforderte Verweildauerkriterium erfüllt. Die oGVD der DRG liegt bei 23 Tagen, ein tagesbezogenes teilstationäres Entgelt wäre im Beispielfall erst ab dem 08.02. abrechenbar, daher blieben alle TK-Belegungstage entgeltfrei, da der Patient am 07.02. aus der Tagesklinik entlassen wurde. Insofern gilt das DRG-Entgelt für den gesamten Behandlungsfall, was hier umgerechnet einen Erlös von nur **96€ pro Tag** bedeutet. Eine teilstationäre Behandlung wird in einem solchen Fall nicht mehr initiiert werden können.

Derselbe Fall im gleichen kalendarischen Zeitraum ausschließlich vollstationär behandelt würde in die DRG I41Z (RG 1,926) eingruppiert und bliebe dort 4 Tage unterhalb der MVD (Abschlag 0,296). Dies entspräche bei einer Baserate von 2.800€ einem Entgelt von 4.564€ oder umgerechnet **217€ pro Tag**. Das Festhalten des Patienten im vollstationären Bereich mit insgesamt größerer Anzahl Belegungstage wird in dieser Konstellation mit einem tagesbezogen mehr als dreifach höheren Entgelt belohnt.

Das abrechnungstechnisch bedeutsamste Problem resultiert daraus, dass die Regel nach § 6 Abs. 2 KFPV 2004 auf die oGVD der vollstationären DRG Bezug nimmt. Damit muss zunächst diese DRG bestimmt werden, um die oGVD ermitteln zu können. Das wiederum bedeutet zugleich, dass das vollstationäre Entlassungsdatum in den Gruppierungsvorgang eingeht, wodurch wiederum die Abschläge bei Unterschreiten der mittleren Verweildauer systemseitig vorgegeben werden. Im Endeffekt tritt bei tagesklinisch verlegten Fällen dann vielfach die Konstellation ein, dass eine nicht unwesentlich *geminderte* DRG zugleich bis zu ihrer oGVD auch die teilstationäre Behandlung finanzieren soll.

Vorschlag 1: MVD als Bezugspunkt oder Fallzusammenführung (mit BT-Gewichtung)

Grundsätzlich wäre aus den vorgenannten Gründen für eine *durchgehende* teilstationäre Behandlung der Bezug auf die MVD sachgerechter (ab MVD sollten tagesbezogene teilstationäre Entgelte geltend gemacht werden können). Damit würde aber im Kern das Problem des Bezugs auf die im voraus zu ermittelnde vollstationäre DRG bestehen bleiben und eine sachgerechte Leistungsdokumentation zugleich weiterhin verhindert werden. Es wäre daher vorzuziehen, einen durchgehenden teilstationären Behandlungsfall mit dem vorausgegangenem vollstationären Fall zuerst zusammenzuführen, bevor der Fall insgesamt neu gruppiert wird. Im obigen Beispielfall würde eine korrekte und leistungsgerechte Dokumentation sowie DRG resultieren, wenn bei der Zusammenführung die „Beurlaubungstage“ des teilstationären Behandlungsfalls mitgenommen und in die Berechnung der Belegungstage korrekt mit eingehen würden (die kalendarischen Angaben zum Aufnahme- und Entlassungsdatum sind bei dieser Art der Zusammenführung untauglich). Dabei könnte möglicherweise zusätzlich noch ein Korrektur- oder Gewichtungsfaktor für teilstationäre Behandlungstage, ggf. auch abgestuft nach FAB-Kode (die teilstationären Behandlungsmodi unterscheiden sich nach Fachgebiet), implementiert werden, der teilstationäre BT fachspezifisch abgestuft etwas niedriger gewichtet. Diese Variante mit Korrekturfaktor setzt aber eine Kalkulation auf der Basis von kombiniert behandelten Fällen voraus, da beispielsweise in der teilstationären Geriatrie aufgrund der tagesbezogenen erfolgenden personalintensiven Leistungsverdichtung die direkten Tageskosten der Belegungstage nicht massiv von denen im vollstationären Bereich abweichen (der Einspareffekt entsteht in der geriatrischen Tagesklinik vor allem durch die Reduzierung der Belegungstage auf reine Werkstage, was durch die Mitnahme der „Beurlaubungstage“ bei der Zusammenführung bereits abgebildet wäre).

Vorschlag 2: MVD als Bezugspunkt oder Rückforderung von Abschlägen

Eine einfache Behelfslösung (etwa bis zum Vorliegen von teilstationären Kalkulationsdaten) besteht darin, die MVD statt der oGVD als Bezugspunkt einzusetzen (trotz der im Kern dann weiterbestehenden Problematik der unsachgemäßen Leistungsdokumentation), zugleich jedoch die Abschläge unterhalb der MVD systemtechnisch bestehen zu lassen und kombiniert behandelte Fälle *grundsätzlich* als Verlegungsfälle einzustufen, beispielsweise über die Gleichstellung des vollstationären Entlassungsgrundes bei Verlegung zur teilstationären Weiterbehandlung (hieß im Ergebnis, dass immer Abschläge unterhalb der MVD fällig werden). Bei sehr frühzeitiger Verlegung in die TK kann dies aufgrund der dort fallbezogen insgesamt etwas niedrigeren Kosten durchaus weiterhin auch für den Leistungserbringer einen Anreiz darstellen, im Regelfall muss zugleich immer die kalkulierte DRG vollständig erbracht sein, bevor teilstationäre Entgelte berechnet werden können. Die jeweils kleinen TK-Einheiten und das höchst selektive TK-Patientengut lassen ein unkontrolliertes Ausufern dieses Leistungsbereichs zugleich ohnehin nicht zu.

Alternativ könnte als temporäre Behelfslösung sogar der Bezug zur oGVD zunächst bestehen bleiben, allerdings nur, wenn zugleich alle im Rahmen der vollstationären DRG-Ermittlung zunächst in Ansatz gebrachten Abschläge nachträglich – bei Überschreiten der zugehörigen Verweildauergrenzen im Rahmen der teilstationären Episode – zurückgefordert, also in Rechnung gestellt werden könnten. Dadurch würde der frühe Verlegungsfall zumindest nicht mehr schlechter gestellt sein als der späte Verlegungsfall. Bei dieser Lösung müsste allerdings wohl damit gerechnet werden, dass eine vollstationär begonnene Komplexbehandlung bei kombiniert behandelten Fällen nicht mehr durchgehend oder auch gar nicht mehr dokumentiert wird, um extrem hohe oGVD-Grenzen im Hinblick auf eine Verbesserung der Aussichten auf eine Abrechnung von einzelnen TK-Entgelten zu vermeiden.