

Analysen und Lösungsvorschläge zur Abbildung der geriatrischen Tagesklinik im G-DRG-System 2004/2005

Markus Borchelt

DRG-Schriftenreihe zur Altersmedizin | Geriatrie

Band 3



Berlin : DKG
2004 • 2008

Langzeitarchivierung (Deutsche Nationalbibliothek, nbn-resolving.de)

Analysen und Lösungsvorschläge zur Abbildung der geriatrischen Tagesklinik im G-DRG-System 2004/2005 / Von Markus Borchelt [Elektronische Ressource]

Berlin : DRG-Kompetenzteam Geriatrie, 2008

urn:nbn:de:0199-2008080847

Hinweise zum Urheberrecht

Für Dokumente, die in elektronischer Form über Datennetze angeboten werden, gilt uneingeschränkt das Gesetz über Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (UrhG, siehe <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/urhg/index.html>).

Inbesondere gilt:

Einzelne Vervielfältigungen z.B. Kopien und Ausdrücke dürfen nur zum privaten und sonstigen eigenen Gebrauch angefertigt werden (§ 53 Urheberrechtsgesetz). Die Herstellung und Verbreitung von weiteren Reproduktionen ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Urhebers gestattet. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Rechtsvorschriften selbst verantwortlich und kann bei Missbrauch haftbar gemacht werden.

Bitte beziehen Sie sich beim Zitieren dieses Dokuments immer auf folgende

URN: **urn:nbn:de:0199-2008080847**

URL: **<http://www.geriatrie-drg.de/dkger/opus/2008080847>**

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Empirisch-technische Vorab-Analyse zur kombinierten voll- und teilstationären geriatrischen Krankenhausbehandlung <i>Arbeitspapier, Stand 10.August 2004</i>	5
Teil 2 Teilstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung <i>Arbeitspapier, Stand 06. April 2005</i>	25
Teil 3 Modifikations- bzw. Ergänzungsvorschläge zum OPS-Bereich 8-55...8-60 (Frührehabilitative und physikalische Therapie) in Abhängigkeit vom Lösungsansatz zur Integration teilstationärer Leistungen in das G-DRG-System <i>Arbeitspapier, Stand 20.Juli 2005</i>	31

Vorbemerkung

Die in diesem Band zusammengefassten Analysen und Lösungsvorschläge sind als Arbeitspapiere im Rahmen der beiden Vorschlagsverfahren für 2005 und 2006 entstanden.

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 Bundesarbeitsgemein-
schaft 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

Gliederung

1. VORBEMERKUNGEN	7
1.1 Teilstationäre Indikationen und Fallgruppen	7
1.2 Behandlung und Behandlungskosten	7
1.3 Teilstationäre Behandlungsfallgruppen aus DRG-Perspektive	8
2. DATEN ZUR TEILSTATIONÄREN GERIATRISCHEN VERSORGUNG	9
2.1 Daten nach § 21 KHEntgG („DRG-Daten“)	9
2.2 Stichprobe von DRG-Daten zur Nachkalkulation von Fallkosten in der Geriatrie (Daten nach § 21 KHEntgG aus 2002)	9
Tabelle 1: Datenlage nach § 21 KHEntgG zu teilstationären Behandlungsfällen 2002	10
2.3 GEMIDAS-Daten zu teilstationären Behandlungsfällen 2003	11
Tabelle 2: GEMIDAS-Datenbestand zu kombinierten Behandlungsfällen 2003 (KH mit TK)	11
Tabelle 3: GEMIDAS-Datenbestand zu vollstationären Vergleichsfällen 2003 (KH ohne TK)	12
Verteilung der KH-Stichprobe über das Bundesgebiet nach Postleitgebieten (1. Ziffer):	12
3. FRAGESTELLUNG UND VORLÄUFIGE ERGEBNISSE DER VORAB-ANALYSE	13
3.1 Fokussierung der Analyse	13
3.2 Definition der zu vergleichenden Patientengruppen	13
3.3 Ergebnisse zum Verweildauervergleich	13
Tabelle 4: Verweildauervergleich der vollstationären Patientengruppen	14
Abbildung 1: Verweildauervergleich Fälle ohne TK-Behandlung (KH mit vs. ohne TK)	14
Abbildung 2: Verweildauervergleich Fälle mit und ohne TK-Behandlung (Gruppe 1b vs. 2)	15
Abbildung 3: Verweildauervergleich Fälle mit und ohne TK-Behandlung (Gruppe 1b vs. 1a)	15
3.4 Deskriptive Ergebnisse zum Vergleich des behandelten Patientenguts	16
Abbildung 4: Vergleich der Hauptdiagnosekategorien (MDC)	16
Abbildung 5: Vergleich der PCCL-Verteilung	17
Abbildung 6: Vergleich der Verweildauergruppen-Verteilung	17
Abbildung 7: Vergleich der Verteilung der VSG-Aufnahmearlässe	18
Abbildung 8: Vergleich des mittleren Barthel-Index bei Aufnahme (nach Veranlasser)	18
Abbildung 9: Vergleich der mittleren VSG-Verweildauer (nach Veranlasser)	19
3.5 Zusammenfassung der vorläufigen Ergebnisse zum KH-Vergleich	19
Abbildung 10: Kostenträger und teilstationäre geriatrische Behandlung nach Region	20
4. VERBINDLICHE VORGABEN ZUR ABBILDUNG TEILSTATIONÄRER FÄLLE IM DATENSATZ NACH § 21 KHENTGG	20
5. DRG-ABRECHNUNGSVORSCHLÄGE FÜR TEILSTATIONÄRE BEHANDLUNGSFÄLLE	22

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 schwerstbeeinträchtigte Patienten (Barthel-Index 0-15 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 Werkzeuge 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 KHEntgG 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 Fehltag;
- B) Datei FAB: Wiederholte Angabe der FAB „HA0260“, jeweils abgegrenzt durch Wochenend-, Feier- und individuelle Fehltag („mehrere“ FAB-Aufenthalte, die zwischen „FAB-Aufnahmedatum“ und „FAB-Entlassungsdatum“ alle abrechnungsrelevanten tatsächlichen Belegungstage (= Werktag ohne individuelle Fehltag) 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 „Fehltag“ (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 Jahresttransfer 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-Homepage nachmals 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.

derlich, 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).

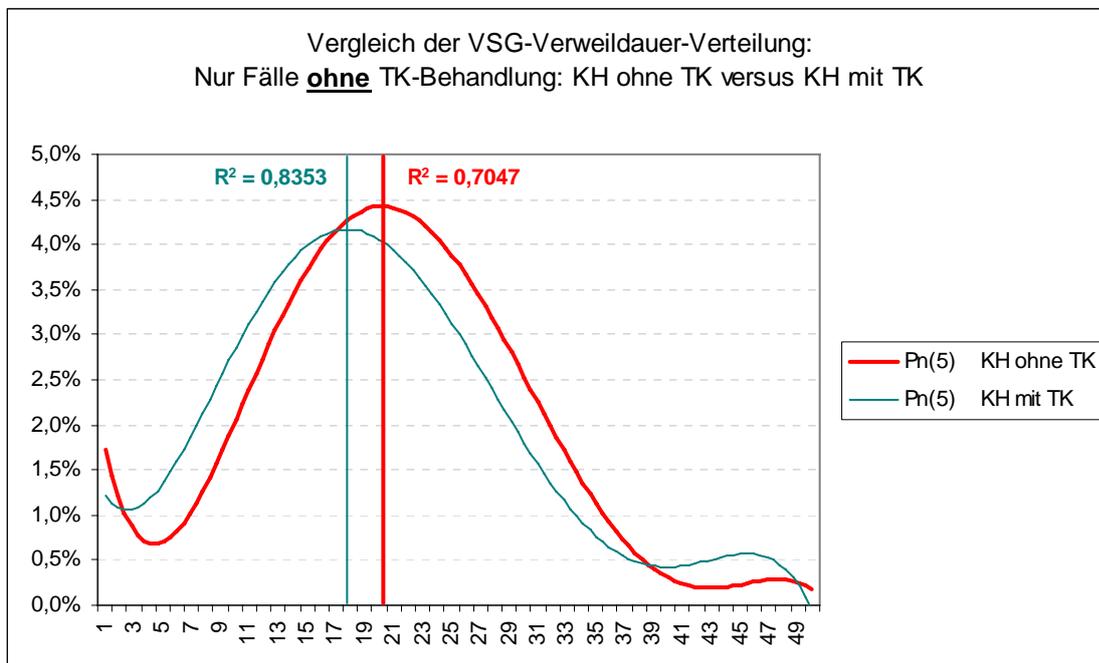
Tabelle 4: Verweildauervergleich der vollstationären Patientengruppen

Patientengruppe		Fälle	Prozent	VSG<14	VSG<21	Alle Fälle MVD	Max. VD=50 MVD	95% VD (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)

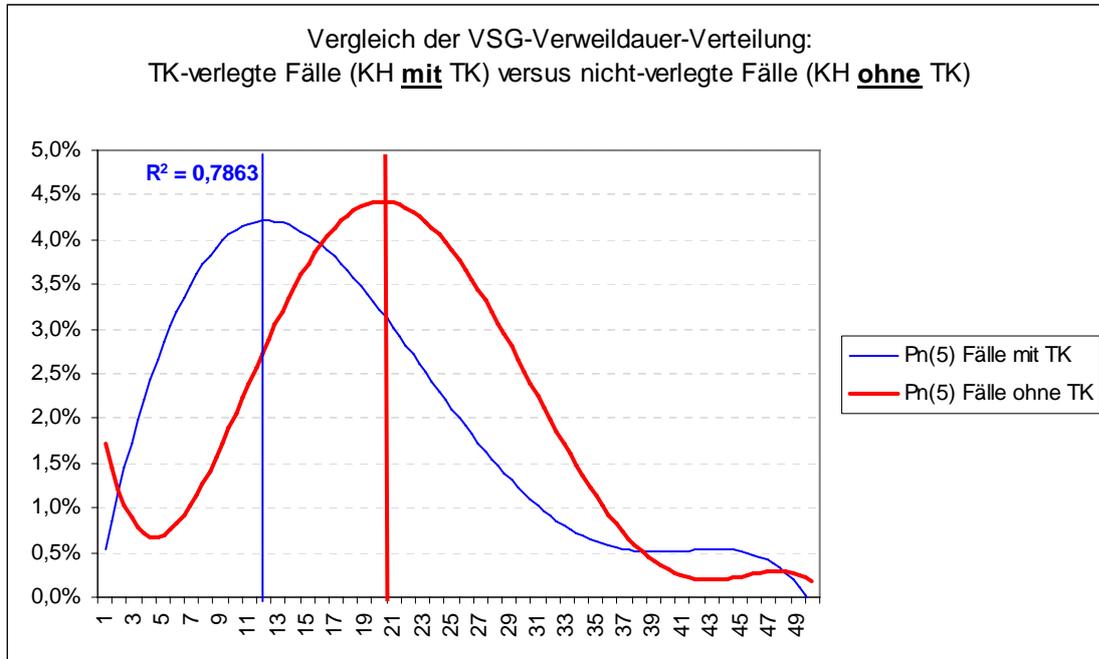


Pn(5) = Polynomischer Trend (5. Ordnung) mit Bestimmtheitsmaß R^2 und max. Wendepunkt

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

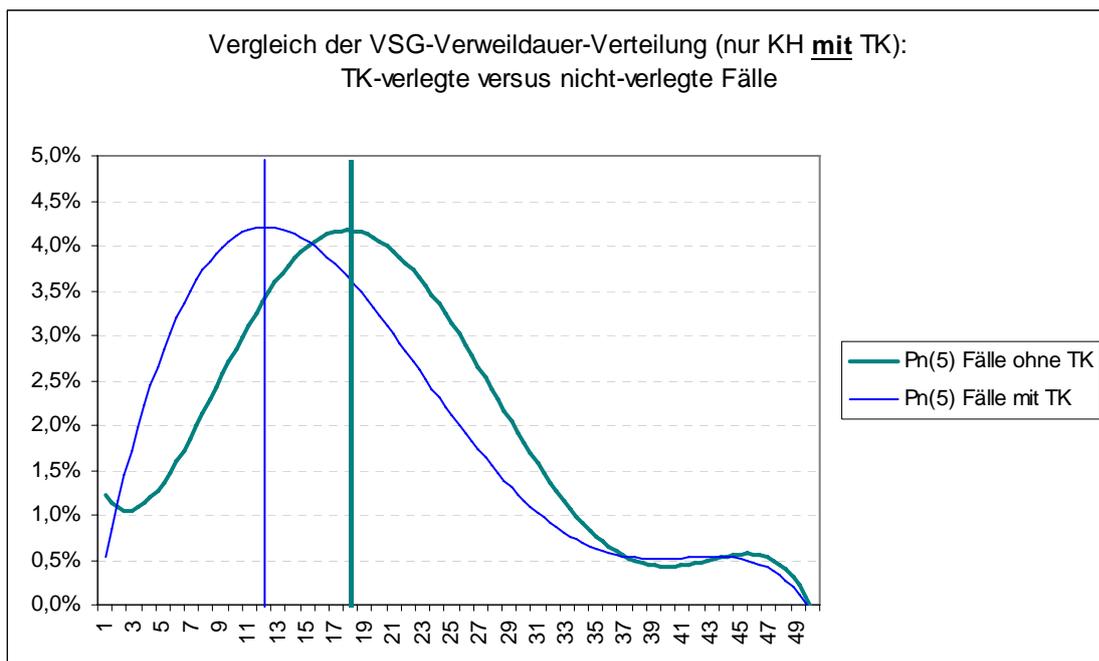
Gruppe der TK-verlegten VSG-Fälle in KH mit entsprechender Behandlungsmöglichkeit (6,1% der VSG-Fälle) weisen deutlich häufiger eine kürzere VSG-Verweildauer auf als die Gruppe der insgesamt vollstationär behandelten Patienten in KH ohne TK-Behandlungsmöglichkeit.

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-Aufnahmearnass (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)

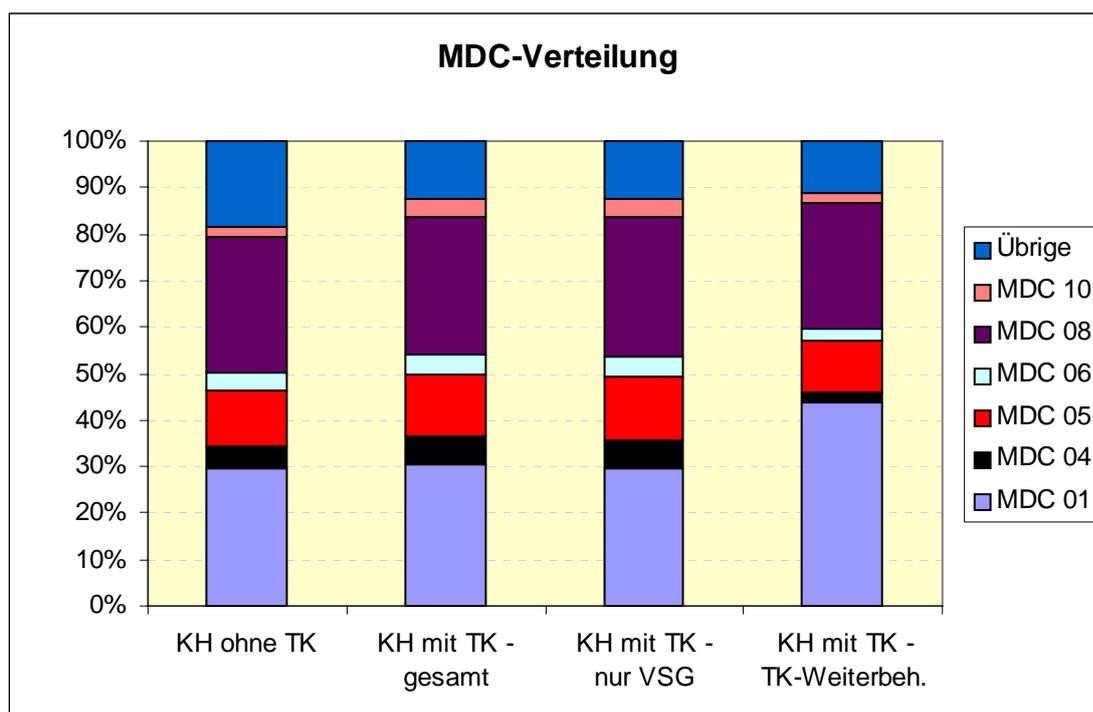


Abbildung 5: Vergleich der PCCL-Verteilung

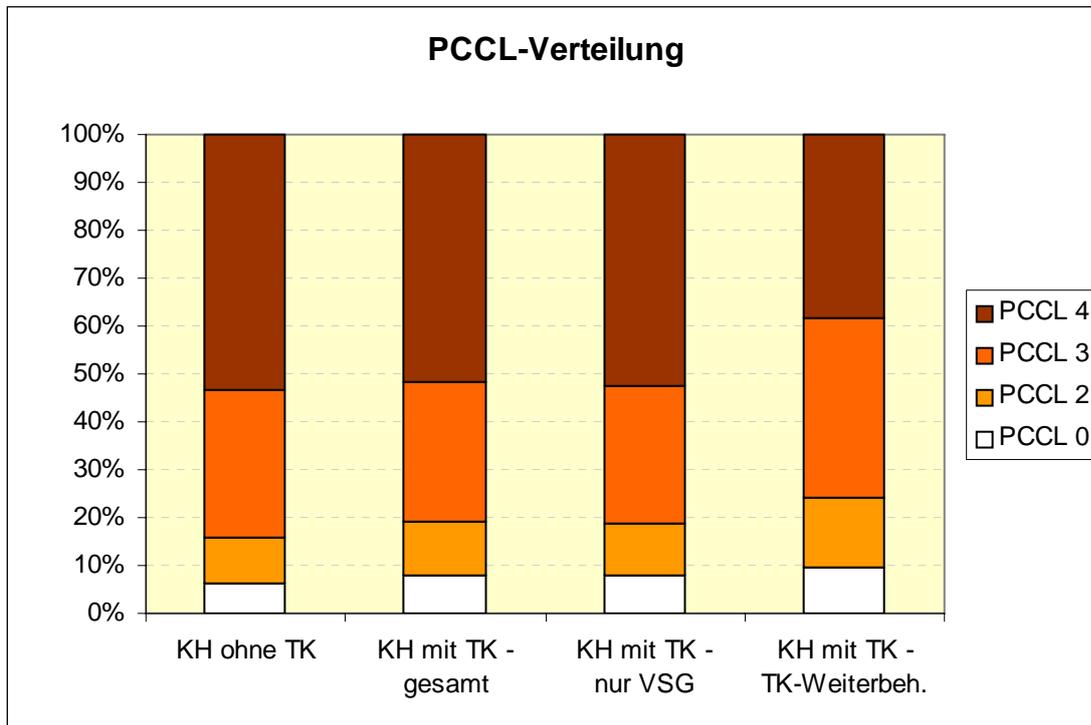
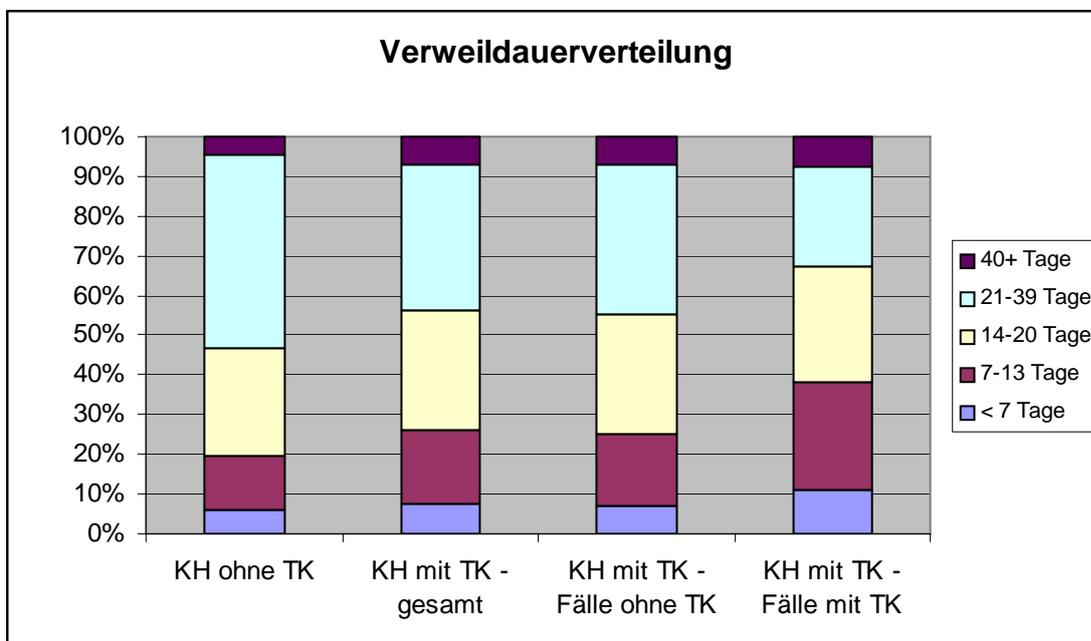
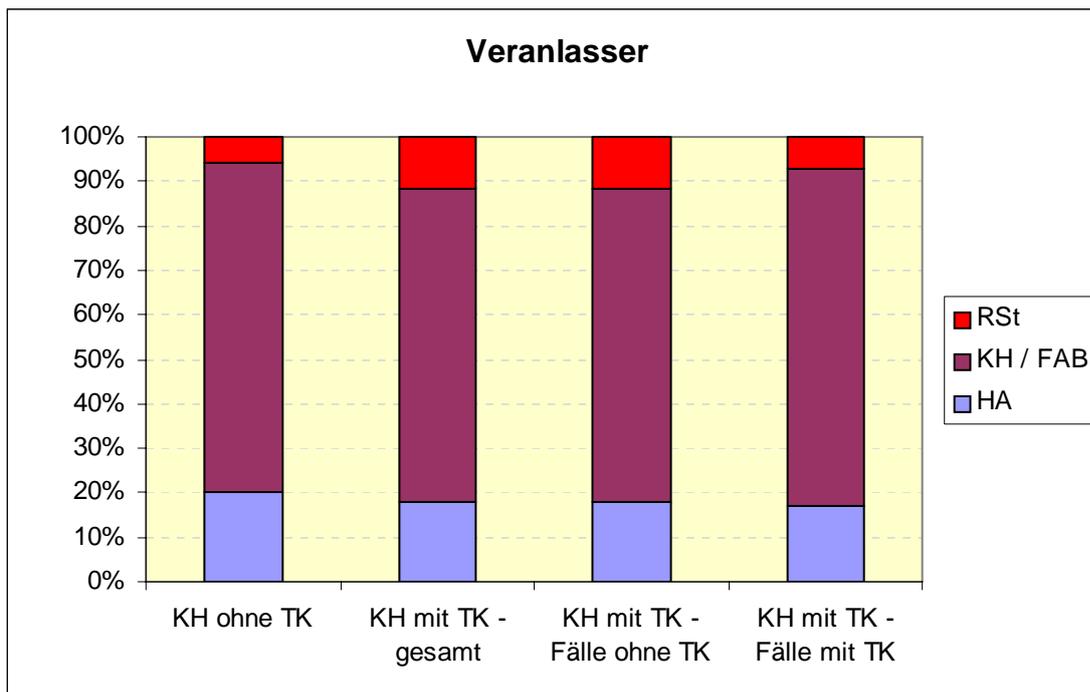


Abbildung 6: Vergleich der Verweildauergruppen-Verteilung



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.

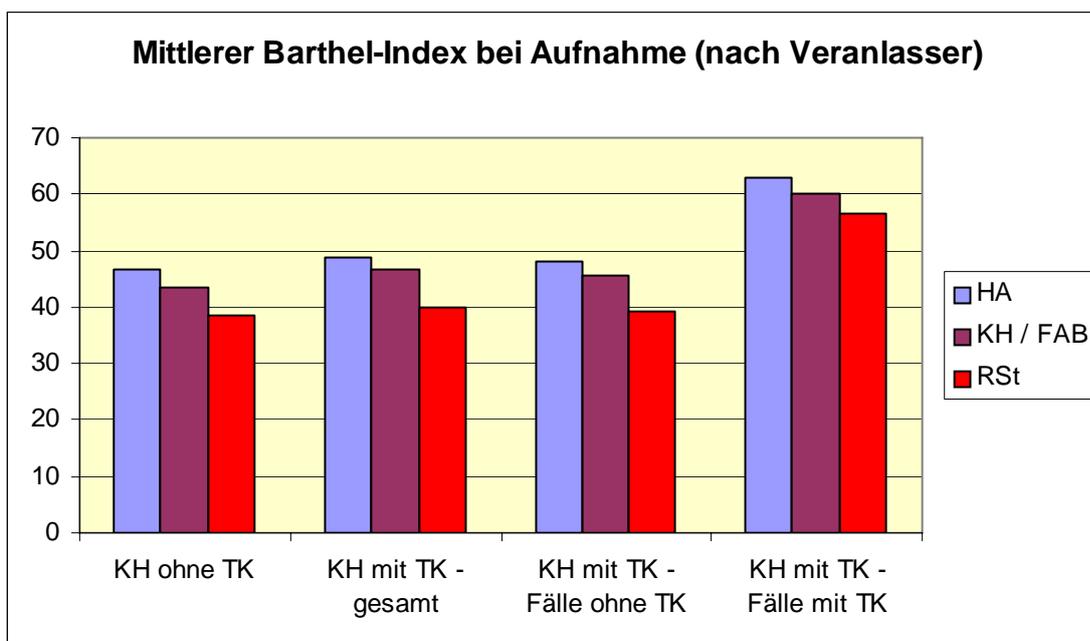
Abbildung 7: Vergleich der Verteilung der VSG-Aufnahmeanlässe



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

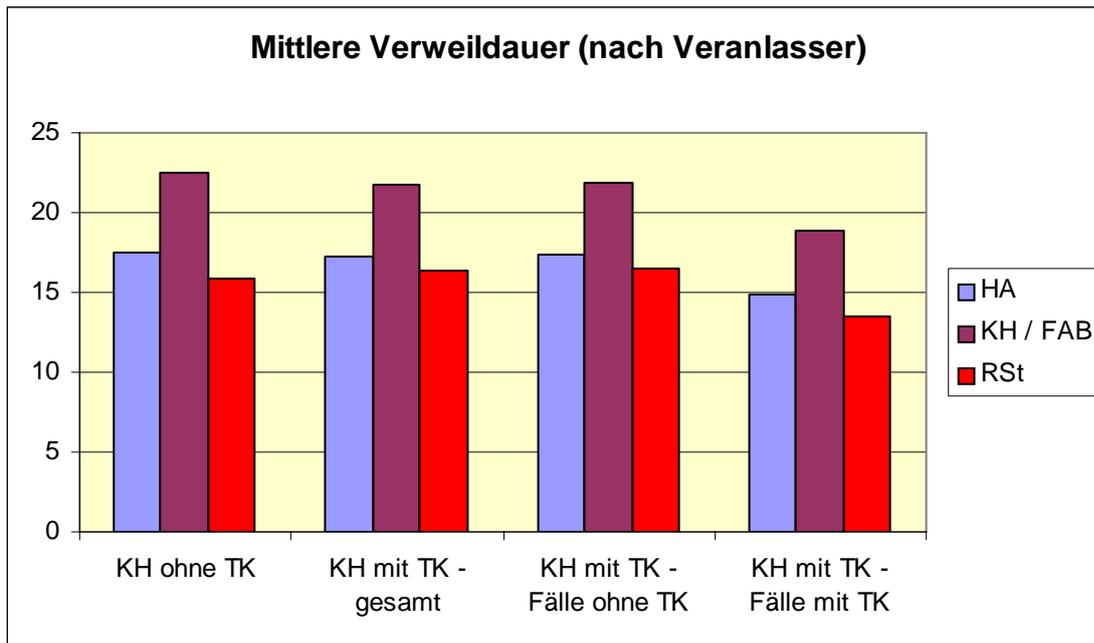
Anmerkung: In der verglichenen Stichprobe sind die KH **mit** TK-Angebot zugleich häufiger an Rettungsstellen angebunden und übernehmen einen doppelt so hohen Prozentsatz direkt von dort in die vollstationäre geriatrische Behandlung, als die in der Stichprobe vertretenen KH **ohne** TK-Angebot. Patienten, 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

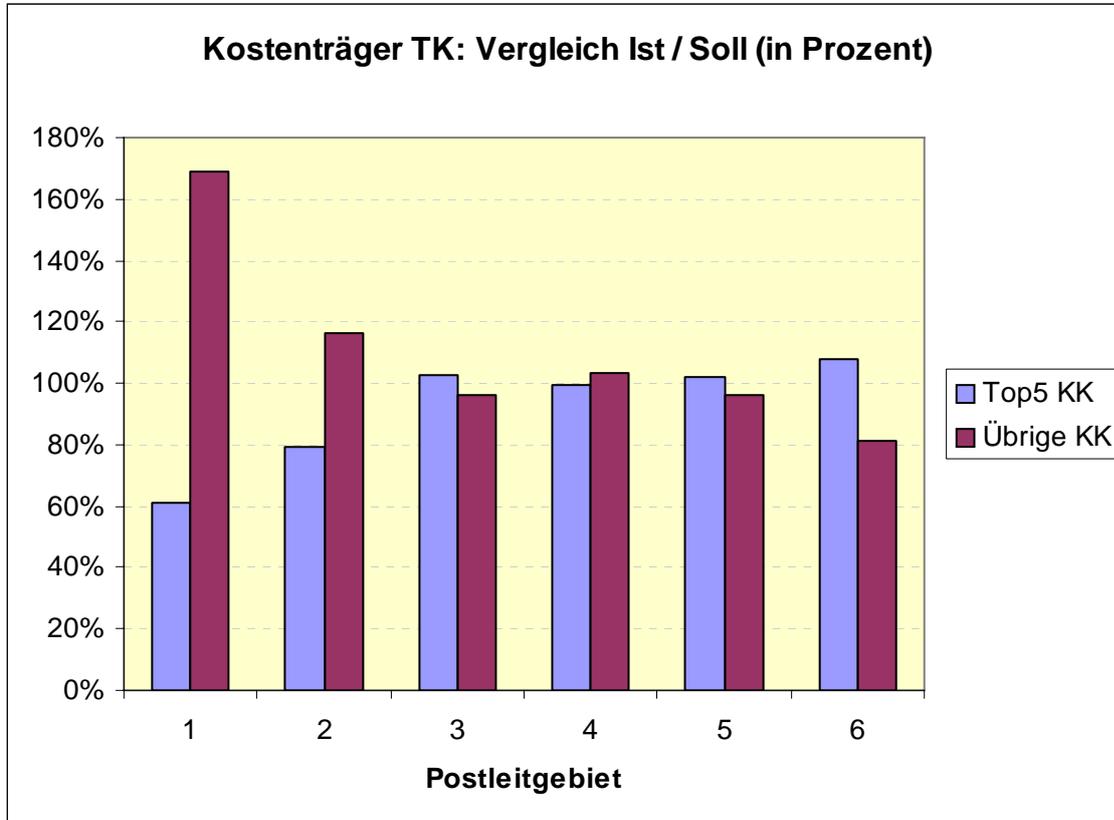
1. häufiger eine Hauptdiagnose aus der MDC 01 (Nervensystem),
2. weniger häufig äußerst schwere CC, und
3. einen durchschnittlich besseren Barthel-Index bei vollstationärer Aufnahme.

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 Wiederbestellungen) 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 Aufnahme- und Entlassungsnummer, 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 Fehltage) 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 Aufnahme- und Entlassungsnummer (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 vorausgegangenen 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 tagesbezogen 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 (hieße 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 Verweildauergrößen 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.

Teilstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung

Markus Borchelt

Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie

Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Reinickendorfer Str. 61

13347 Berlin

Email: markus.borchelt@charite.de

Arbeitspapier im Rahmen des
Vorschlagsverfahrens beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Weiter-
entwicklung des G-DRG-Systems

Stand: 6. April 2005

Teilstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung

Gesamtablauf. Die teilstationäre Behandlung geriatrischer Patienten erfolgt in einem zusammenhängenden Behandlungsgang, der nur von Wochenenden, Feiertagen und (selten) zusätzlichen individuellen Fehltagen unterbrochen wird. In der Regel schließt sich eine teilstationäre Behandlung direkt an eine vollstationäre Behandlung an (Wechsel von voll- nach teilstationär). Dabei steht – wie im vollstationären Bereich – die ärztliche, pflegerische und therapeutische Ausgangsdiagnostik und –befundung ganz am Anfang des teilstationären Behandlungsablaufs. Wiederholte, über mehrere Quartale verstreut liegende, nicht zusammenhängende Ein-Tages-Behandlungen kommen in geriatrischen Tageskliniken praktisch nie vor.

Teilstationäre Behandlungstage. An den teilstationären Behandlungstagen befinden sich die Patienten zwischen 8:00 und 16:00 Uhr in der Klinik und werden in dieser Zeit ärztlich, pflegerisch und therapeutisch behandelt. Im Behandlungsgang bauen dabei die einzelnen Behandlungstage – wie im vollstationären Bereich – aufeinander auf, häufig wird zu Beginn einer Behandlungswoche der gesamte Ablauf bis zum folgenden Wochenende festgelegt. Zwischen den einzelnen Behandlungstagen wechselt daher der Behandlungsanlass (Indikation) in aller Regel nicht und das prozedurale Vorgehen nur, wenn neue Aspekte (Beschwerden, Komplikationen etc.) hinzutreten.

Transport. Aufgrund des Vorliegens motorischer und kognitiver Defizite bei geriatrischen Patienten kann eine teilstationäre Behandlung in der Regel nur dann durchgeführt werden, wenn die Patienten – z.B. mittels behindertengerechtem Sammeltransport – morgens zuhause abgeholt und abends wieder zurückgebracht werden. Die Transportkosten werden dabei in der Regel nicht über das teilstationäre Krankenhausbudget finanziert. Hiervon abweichende Organisations- bzw. Finanzierungsarten müssten ggf. durch ergänzende Befragungen der an der Kalkulation beteiligten Krankenhäuser ermittelt werden.

Datentechnische Abbildung. Zur sachgerechten medizinischen und ökonomischen Beschreibung einer teilstationären *geriatrischen* Behandlung reichen daher – bei Erfüllung oben genannter Merkmale, insbesondere bei fixer ganztägiger Aufenthaltsdauer über einen bestimmten Zeitraum mit werktäglich zusammenhängenden Behandlungstagen – einige wenige Modifikationen bzw. Festlegungen gegenüber der vollstationären Fallabbildung aus.

Identifizierung eines teilstationären geriatrischen Aufenthalts

Aufnahmegrund 03

Patientennummer (PID) zur Identifizierung eines vorausgegangenen vollstat. Aufenthalts

FAB-Kode: Kode für teilstationäre Geriatrie, in der Regel HA0260

Abbildung der teilstationären Verweildauer

Aufnahmedatum: Erster teilstationärer Behandlungstag

Entlassdatum: Letzter vollständiger teilstationärer Behandlungstag

Beurlaubungstage: Anzahl Nicht-Behandlungstage zw. Aufnahme- und Entlassdatum

→ *Verweildauer* := *Entlassdatum minus Aufnahmedatum plus 1 minus Beurlaubungstage*

Behandlungsrelevante Diagnosen und Prozeduren

Fallbezogene Haupt- und Nebendiagnosen

Fallbezogene (ggf. auch verweildauerabhängig definierte) Prozeduren mit Anfangsdatum

Kosten

Fallbezogene Kosten nach Modulmatrix mit PT-, PPR-, EZ- oder LP-Gewichtung

Klarstellung: Transportkosten sind nicht einzurechnen und ggf. gesondert auszuweisen

Das FAB-Segment wird hier nur für die Darstellung des FAB-Kodes der teilstationären Geriatrie benötigt, könnte jedoch auch dazu dienen, entweder

- alle Segmente mit zusammenhängenden Behandlungstagen abzubilden (in der Regel wären das Wochensegmente von Montag bis Freitag) oder aber
- jeden einzelnen Behandlungstag mit den Uhrzeiten des Beginns und des Endes des Behandlungstages (dies würde den derzeit vorgegebenen Tagesbezug realisieren).

Probleme bei tagesbezogener Falldefinition in der teilstationären Geriatrie

Wird jeder einzelne teilstationäre Behandlungstag einer geriatrischen Tagesklinik als ein separater, eigenständiger Fall definiert, dann ergeben sich mehrere Probleme einer sachgerechten Abbildung und Kalkulation solcher „Fälle“, da im tatsächlichen geriatrischen Leistungsgeschehen ein einzelner Behandlungstag nicht für sich stehen kann, sondern abhängig von den bereits vorausgegangenen und den nachfolgenden Behandlungstagen ist. Insbesondere die retrospektive Umwandlung der fallbezogenen Dokumentation ist hierbei problematisch.

Problem #1: Diagnosen

Wie in der vollstationären Geriatrie werden auch im teilstationären Bereich die behandlungsrelevanten Diagnosen am Ende des Behandlungsganges festgelegt und dokumentiert. Diese Dokumentation erfolgt – ebenso wie die Kostenerfassung – nicht tagesgenau. Tritt beispielsweise im teilstationären Verlauf ein Harnwegsinfekt auf, dann zieht dies initial Diagnostik und anschließend ggf. eine mehrtägige Antibiose nach sich. Dies wird – wie im vollstationären Setting – abschließend mit einer entsprechenden Nebendiagnose dokumentiert, die dem mehrtägigen Aufenthalt zugeordnet ist. Bei einem teilstationären Fall mit insgesamt 20 werktäglich aufeinander folgenden teilstationären Behandlungstagen würde eine tagesbezogene Falldefinition rückwirkend die Bildung von 20 teilstationären Tagesfällen erfordern. Dabei ist allerdings unklar, welchen von diesen Tagesfällen die Diagnose „Harnwegsinfekt“ nun zugeordnet werden soll und zudem erscheint es weitgehend unmöglich, den damit verbundenen Aufwand gleichfalls genau diesen Tagesfällen zuzuordnen. Es kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass z.B. kurz zuvor ein Laborscreening der Nierenfunktion – etwa aufgrund einer vorbestehenden Niereninsuffizienz – stattgefunden hat, das zum Zeitpunkt der Diagnosestellung des Harnwegsinfekts daher unterbleiben konnte, sonst aber erfolgt wäre. Bei einer solchen Konstellation im Behandlungsgang dürfte die Nebendiagnose „Niereninsuffizienz“ dann den Tagen, denen die Diagnose „Harnwegsinfekt“ zugeordnet wurde, nicht zugeordnet werden, sondern nur jenen Tagen, an denen die diesbezüglich nebendiagnosebegründenden Leistungen (Laborscreening, Befundinterpretation, Medikationsanpassung o.ä.) erbracht wurden. Rückwirkend kann die bislang in geriatrischen Tageskliniken fallbezogen geführte Diagnosedokumentation nicht verursachungsgerecht auf einzelne Tage zurückgeführt werden. Prospektiv erscheint dies ebenfalls kein gangbarer Weg, da der notwendige medizinische und kostenrechnerische Dokumentationsaufwand unverhältnismäßig groß wäre.

Problem #2: Prozeduren

Wie in der vollstationären Geriatrie stellt auch im teilstationären Bereich die ganzheitliche geriatrische Komplexbehandlung im Team den Kern der fachspezifischen Leistung dar. Dabei kommt es allerdings im Vergleich zur vollstationären Situation insofern zu einer Schwerpunktverschiebung, als das teilstationäre Leistungsgeschehen stärker von therapeutisch-psychozialen Interventionen geprägt wird und der medizinisch-pflegerische Aufwand demgegenüber etwas zurücktritt. Der ärztliche Aufwand lässt sich aufwandsgerecht gleichwohl

weiterhin über die Anzahl der Behandlungstage schlüsseln (tägliche Visite), der pflegerische Aufwand weiterhin über die PPR (bei geringeren Kosten je PPR-Minute, da der Pflegedienst im teilstationären Setting nur noch mit einer 8-Stunden Schicht besetzt ist und dies problemlos abgegrenzt werden kann) und der therapeutische Aufwand weiterhin über ein Äquivalent der „Eingriffszeit“ (hier: Therapieeinheiten in Minuten) oder über verursachungsgerechte Leistungspunkte. Die bisher fallbezogen geführte Dokumentation in der geriatrischen Tagesklinik erlaubt jedoch wiederum nicht, alle diese Leistungen tagesgenau neu zu verteilen, um rückwirkend korrekte „Tagesfälle“ zu generieren, insbesondere im therapeutischen Bereich müsste hierzu eine PPR-analoge tägliche Aufwandsdokumentation EDV-gestützt verfügbar sein. Auch wenn dies prospektiv durchaus realisierbar erscheint, so fehlen derzeit doch noch weitgehend tagesbezogen definierte Äquivalente für die teilstationär gleichfalls verwendeten, verweildauerabhängig definierten Prozeduren, insbesondere für den OPS 8-550. Ein teilstationärer Fall mit 20 Behandlungstagen, für den beispielsweise der OPS 8-550.1 dokumentiert wurde, um die erbrachte Leistung abzubilden, würde sich auf 20 einzelne Tagesfälle verteilen und keinem von diesen könnte der Prozedurenkode mehr zugeordnet werden, da ein einzelner Behandlungstag die Definition grundsätzlich nicht erfüllt. Es müsste stattdessen das Tagesgeschehen datumsgenau und berufsgruppenspezifisch in seine Bestandteile zerlegt werden, was grundsätzlich zwar möglich wäre, allerdings steht dem entgegen, dass in den bisherigen Vorschlagsverfahren beispielsweise die Ergotherapie als kalkulatorisch zu „unbedeutend“ angesehen wurde, um ihr einen eigenen Leistungskode zuzuordnen (obwohl hierzu durchaus konkrete Vorschläge seitens der Fachgesellschaften der Geriatrie frühzeitig eingebracht worden waren). Das Fehlen von tagesbezogenen geriatrischen Prozeduren verbietet es im Grunde, teilstationäre geriatrische Behandlungsfälle mechanisch in Tagesfälle zu zergliedern, weil dabei die Grundlage der Leistungsdokumentation eliminiert wird. Insbesondere vor dem Hintergrund des zugleich bestehenden Diagnoseproblems (s.o.) müsste befürchtet werden, dass die Kosten der teilstationären geriatrischen Leistung am Ende des Kalkulationsverfahrens dann an kein einziges spezifisches Merkmal mehr geknüpft sind und damit de facto indikationsübergreifend umgelegt würden auf *alle* teilstationär behandelten Fälle.

Problem #3: Kostenzuordnung

Es wurde bei den Diagnosen und Prozeduren bereits angesprochen, dass – selbst wenn theoretisch die Möglichkeit einer prospektiv tagesgenauen ICD- und OPS-Dokumentation besteht – eine derart aufwändige klinische Detaildokumentation nur dann Sinn haben würde, wenn die kostenrechnerische Dokumentation denselben Detailgrad aufwiese (personenbezogene, tagesgenaue Buchungspositionen). Ohne einen weitgehend tagesgenauen Bezug jeder einzelnen Buchung macht eine tagesgenaue klinische Dokumentation wenig Sinn. Bei der retrospektiven, automatisierten „Herstellung“ mehrerer Tagesfälle aus einem mehrtägigen Aufenthaltsfall kann insofern nur jede Teilsumme der – aufenthaltsbezogenen – Kostenmatrix linear auf die einzelnen Tage des Aufenthalts verteilt werden, um für jeden generierten Tagesfall eine vollständige Kostenmatrix zu erhalten. Mit tagesbezogener Verursachungsgerechtigkeit hat eine solche (Not-) Lösung nur wenig zu tun und sie könnte zudem auch ohne jedes Zutun des an der Kalkulation teilnehmenden Leistungserbringers zentral vom InEK umgesetzt werden, was im Grunde zu bevorzugen wäre, weil es dann methodisch einheitlich wäre. In der Geriatrie umfasst ein teilstationärer Aufenthalt derzeit im Mittel etwa 18 Behandlungstage. Leistungserbringer mit angeschlossener Tagesklinik erbringen – je nach Kapazität und Auslastung – pro Jahr etwa 100 bis 300 teilstationäre Fälle, d.h. etwa 1800 bis 5400 teilstationäre Behandlungstage. Eine retrospektive Aufarbeitung mit weitgehend oder auch nur näherungsweise tagesgenauer Leistungs- und Kostenzuordnung erscheint nicht zuverlässig leistbar.

Problem #4: Jahresüberlieger

Nach Kodierrichtlinien und Abrechnungsregeln gilt für die Katalogzuordnung das Aufnahmedatum als Bezugspunkt. Damit entscheidet das Jahr der Aufnahme über den anzuwendenden ICD- und OPS-Katalog auch dann, wenn die Behandlungstage eines Behandlungsfalls überwiegend im Folgejahr liegen (z.B. bei Aufnahme am 31. Dezember). Diese Regel gilt sowohl für voll- als auch für teilstationäre Fälle. Hinzu kommt, dass sich aufgrund von § 6 Abs. 2 (K)FPV ein vorangegangener vollstationärer Behandlungsfall auf einen anschließenden teilstationären Fall abrechnungstechnisch durchaus auswirkt. Dies kann zur Konsequenz haben, dass auch ein vollständig im Folgejahr erbrachter teilstationärer Fall nach Regeln und Katalogen des Vorjahres abzubilden und abzurechnen ist. Bei einer nachträglichen Aufteilung eines medizinisch und ökonomisch zusammenhängenden mehrtägigen teilstationären Behandlungsfalls auf mehrere eintägige Fälle mit jeweils eigenständig zugeordneten Diagnosen und Prozeduren ergibt sich als Problem, dass unklar ist, welche Kataloge anzuwenden sind bzw. ergibt sich zwingend, dass – wenn bisherige Fehlerprüfungen unverändert angewendet werden sollen – die tagesbezogen resultierenden Kodierungen bei Überliegerfällen manuell korrigiert werden müssen, womit – aus bisheriger Perspektive – ein Katalogwechsel während eines zusammenhängenden Aufenthalts dann durchaus vorkommen würde. Es bedürfte also für die Kalkulation entweder dieser Regelvorgabe (manuelle Umkodierung der aus teilstationären Überliegern resultierenden Tagesfälle) oder aber der alternativen Vorgabe, dass Überliegerfälle mit allen ihren Behandlungstagen von der Stichprobe ausgeschlossen werden sollen.

Fazit

Eine strikt tagesbezogene Falldefinition kann die Behandlungsleistung der teilstationären Geriatrie nicht sachgerecht abbilden. Eine sachgerechte Kalkulation kann nicht erwartet werden.

Es gibt in der teilstationären Geriatrie regelhaft keine echten, in sich abgeschlossenen „Eintages-Fälle“, ein teilstationärer Aufenthalt in der Geriatrie wird begrenzt von Aufnahme- und Entlassungsdatum, umfasst dabei im Durchschnitt ca. 18 Behandlungstage an aufeinander folgenden Werktagen und hat zum Ziel, einen Patienten abschließend dauerhaft in die gewohnte Umgebung mit ambulanter Weiterbehandlung entlassen zu können.

Regelmäßige Wiederholungsbehandlungen wie etwa in einer Ambulanz kommen nicht vor, die Aufnahme in einer geriatrischen Tagesklinik bedarf als Krankenhausbehandlung entweder einer Verlegung aus einem anderen Krankenhaus oder aus einem angeschlossenen vollstationären Bereich, einer Direkteinweisung durch eine Rettungsstelle (äußerst selten) oder aber einer Krankenhauseinweisung durch einen niedergelassenen Arzt.

Der teilstationäre geriatrische Behandlungsfall gleicht damit *administrativ* in vielen Aspekten einem vollstationären geriatrischen Fall. Wesentlich unterscheidet sich „nur“

- der funktionelle Status der Patienten (transportfähig),
- das Indikationsspektrum (häufiger neurologische Erkrankungen) und
- das Leistungsgeschehen (höherer therapeutisch-psychozialer Interventionsbedarf bei geringerem medizinisch-pflegerischen Bedarf im Vergleich zur vollstationären Geriatrie).

Trotz dieser spezifischen Merkmale mit „innerer“ Leistungsverlagerung treffen alle qualitativen und quantitativen Mindestmerkmale der Geriatrischen Komplexbehandlung nach OPS 8-550 auch auf die teilstationäre Situation zu (multidisziplinäres Team, fachärztliche Leitung, standardisiertes Assessment, therapeutische Pflege, Teambesprechungen, wöchentliche Planung etc.). Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum eine vollständig andere Falldarstellung

kalkulatorisch zwingend notwendig ist, zumal wenn diese zugleich zwingend mit sich bringt, dass die tatsächlich erbrachte Leistung nicht mehr abgebildet werden kann.

Wenn die im Kasten auf Seite 1 genannten Voraussetzungen erfüllt sind, dann ist kein Grund erkennbar, warum hier eine teilstationäre Kalkulation grundsätzlich unmöglich sein soll, die im vollstationären Bereich zugleich relativ unproblematisch gelingt.

Modifikations- bzw. Ergänzungsvorschläge zum OPS-Bereich 8-55...8-60 (Frührehabilitative und physikalische Therapie) in Abhängigkeit vom Lösungsansatz zur Integration teilstationärer Leistungen in das G-DRG-System

Markus Borchelt

Sprecher der DRG-Projektgruppe Geriatrie

Im Auftrag

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG KGE),
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und
der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Kompetenzzentrum DRG und Geriatrie am EGZB

Reinickendorfer Str. 61

13347 Berlin

E-Mail: markus.borchelt@egzb.de

Arbeitspapier im Rahmen des
Vorschlagsverfahrens beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)
zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

Modifikations- bzw. Ergänzungsvorschläge zum OPS-Bereich 8-55...8-60 (Frührehabilitative und physikalische Therapie) in Abhängigkeit vom Lösungsansatz zur Integration teilstationärer Leistungen in das G-DRG-System

Im Auftrag der BAG KGE, DGG und DGGG

Seitens der Geriatrie wird nochmals dringend angeregt, den wiederholt eingebrachten Vorschlag einer episodenbezogenen Definition für teilstationäre geriatrische Behandlungsfälle umzusetzen, da dieser gegenüber der tagesbezogenen Definition als deutlich sachgerechter einzustufen ist. Neben vielen methodischen Unklarheiten, die eine tagesbezogene Falldefinition in der teilstationären Geriatrie mit sich bringen würde, müsste nicht zuletzt auch mit einem gravierenden Akzeptanzproblem gerechnet werden. Der aus einer Tagesfalldefinition resultierende erhebliche Dokumentationsmehraufwand würde hierbei aller Voraussicht nach von zentraler Bedeutung sein und könnte eine – durchaus berechnete – massive Kritik nach sich ziehen. Die Geriatrie hat hierzu eine detaillierte Stellungnahme bereits am 06.04.2005 abgegeben, auf die an dieser Stelle nochmals hingewiesen sei.

Die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung verdichtet einerseits die funktionell-alltagsrelevant ausgerichteten Interventionen des multidisziplinären geriatrischen Teams auf ein relativ schmales Zeitfenster von täglich mindestens 330 bis höchstens 480 Minuten, wobei episodenbezogen insgesamt immer mehrere Bereiche des multiprofessionellen geriatrischen Teams zum Einsatz kommen. Neben der Leistungsverdichtung der funktionell-alltagsrelevant ausgerichteten Interventionen erfolgen andererseits im Zeitfenster des teilstationären Behandlungstages zugleich auch die tägliche ärztliche Visite sowie die weitere akutmedizinische Diagnostik und Behandlung (z.B. chirurgische Wundversorgung, Endoskopie, CT, MRT etc.) und die aktivierend-therapeutische Pflege.

Bei der konkreten Ausarbeitung der Vorschläge für beide prinzipiell denkbaren Varianten einer teilstationären Falldefinition (Episoden- vs. Tagesfalldefinition) hat sich hinsichtlich des spezifischen Leistungsgeschehens gezeigt, dass zur Abbildung der teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung doch ein zusätzlicher, zum OPS 8-550 komplementärer Viersteller benötigt wird (OPS 8-553 bzw. 8-554), da für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung als zusätzliche Mindestkriterien vor allem (1.) die tägliche Mindestaufenthaltsdauer in der teilstationären Einrichtung, (2.) die intensivierete funktionelle Behandlung, (3.) die fortgesetzte tägliche ärztliche Visite, sowie (4.) die hier tatsächlich auf Werktage beschränkte und damit nur 5 Tage umfassende Behandlungswoche als Charakteristika aufgenommen bzw. abgebildet werden müssen.

Hinzu kommt, dass im Hinblick auf zukünftigen weiteren Anpassungsbedarf, sei es durch Änderungen des Leistungsgeschehens oder durch Änderungen des Entgeltsystems bzw. der Abrechnungsregeln, sicher gestellt werden muss, dass die Abbildungen der beiden Leistungsbereiche im OPS bei Bedarf auch unabhängig voneinander modifiziert werden können. Bei genauer Betrachtung hat der OPS 8-550 zudem die Grenze dessen, was an Regelungstiefe direkt über den OPS überhaupt erzielt werden kann, ohnehin fast schon erreicht.

Nicht zuletzt ergibt auch die datenbasierte Analyse der bisherigen (ersatzweisen) Verwendung des OPS 8-550 im teilstationären Bereich (vgl. Anlage 1), dass – angesichts der zu beobachtenden hohen Dokumentationsdichte – dessen Definition zwar prinzipiell als für die teilstationäre Behandlungsepisode geeignet erscheint, jedoch die Schwellenwerte der Behandlungsintensität vermutlich aufgrund der deutlichen teilstationären Leistungsverdichtung als für die Tagesklinik eher etwas zu niedrig angesetzt erscheinen. Jedenfalls besteht im direkten Vergleich zur vollstationären Datenlage in derselben Stichprobe, wo weniger als 60% der Fälle die Mindestkriterien des OPS 8-550 (2004) erfüllen, bereits ein deutlicher Unterschied zur – ersatzweisen – Anwendung im teilstationären Bereich, wo über 80% der Fälle erfasst werden. Der Unterschied dürfte aufgrund der vorgenommenen Anpassungen für 2005 inzwischen eher sogar noch deutlicher sein.

Aufgrund der noch unzureichenden Datenlage ist es allerdings kurzfristig nicht gelungen, datenbasiert zu einer sachgerecht kalkulierten und damit ausreichend verlässlichen ersten Anhebung der Mindestkriterien für die teilstationäre Therapieintensität zu gelangen (vgl. Anlage 2), auch wenn die Ergebnisse gleichfalls die für die teilstationäre Geriatrie charakteristische Leistungsverdichtung qualitativ durchaus untermauern.

Bei Implementierung einer **Tagesfalldefinition** lassen sich die einleitend beschriebenen teilstationären Charakteristika der geriatrischen Komplexbehandlung nicht vollständig in der OPS-Definition verankern (s. **Variante 2**), da sich einige wesentliche Merkmale nur über das Gesamtbehandlungskonzept definieren, z.B.:

- Wöchentliche Evaluation des Verlaufs und der Ziele in der Teambesprechung
- Insgesamt multidisziplinärer Behandlungsansatz (mindestens 3 Bereiche)

Bei einer Tagesfalldefinition würden somit gerade zwei wesentliche Unterscheidungsmerkmale der geriatrischen Komplexbehandlung gegenüber einer herkömmlichen Krankenhausbehandlung nicht sachgerecht in der Prozedurendefinition beschrieben werden können. Lösungen für etwaige nachfolgend auftretende Abgrenzungsprobleme würden nach bisherigen Erfahrungen dadurch deutlich erschwert, was als durchaus kritisch eingestuft werden muss. Darüber hinaus bereitet auch die Bezeichnung dieser „Prozedur“ Schwierigkeiten, da ein einzelner Behandlungstag de facto nur eine Teilleistung der teilstationären Komplexbehandlung darstellt. Dieser Umstand kann und sollte dann am ehesten – wie vorgeschlagen – durch eine eher technische Prozedurenbezeichnung (z.B. „Teilstationärer geriatrisch-frührehabilitativer Behandlungstag“) entsprechend reflektiert werden. Der Begriff „Komplexbehandlung“ lässt sich mit einem einzelnen Behandlungstag nicht in Verbindung bringen, da gerade die übergeordneten, spezifischen Merkmale dieses Behandlungskonzepts nicht explizit verankert werden können.

Demgegenüber können für den Fall einer **Episodendefinition** alle charakterisierenden Merkmale in den teilstationären OPS-Mindestkriterien verankert werden (s. **Variante 1**), da diese Definition dem tatsächlichen Leistungsgeschehen entspricht. Hinsichtlich der endständigen Codes wurde im hierzu ausgeführten Vorschlag dem Umstand Rechnung getragen, dass die teilstationäre Behandlungswoche tatsächlich nur Werktage und damit auch nur 5 Behandlungstage umfasst. Die Fünferstufung ist zugleich in der täglichen teilstationären Kodierpraxis wesentlich einfacher zu handhaben und dadurch voraussichtlich weniger fehleranfällig.

Hinsichtlich der teilstationären Behandlungsdauer wurden im Vorschlag alle Intervallabstufungen mit endständigen Codes besetzt, da sich eine teilstationäre Behandlung z.B. oft an eine vollstationäre Vorbehandlung anschließt und dabei – wenngleich in geringer Häufigkeit (vgl. Anlage 1) – auch abschließende Kurzepisoden von bis zu 5 Tagen durchaus auftreten können. Darüber hinaus werden Kurzepisoden z.B. auch durch akute Komplikationen verursacht, wenn diese etwa eine direkte Verlegung in den vollstationären Bereich notwendig machen.

Obwohl ein einzelner teilstationärer Behandlungstag kaum je die wochenbezogen definierten Mindestanforderungen oder die geforderte Multidisziplinarität erfüllen wird, wurde aus eher rein formalen Gründen das Intervall der Kurzepisode dennoch konsistent mit „mindestens 1 bis höchstens 5 Behandlungstage“ definiert.

Vorschlagsvariante 1: Bei Implementierung einer Episodendefinition

8-553 Teilstationäre geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich; sofern diese nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2007 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung im Bereich "Klinische Geriatrie" ausreichend)
- Tägliche ärztliche Visite und wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Bereiche (Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Sozialdienst) mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele sowie tagesbezogener Dokumentation der Behandlungszeiten inkl. aktivierend-therapeutischer Pflege und therapeutischer Lagerung
- Teamintegrierter Einsatz von aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 3 der folgenden Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/facio-orale Therapie und Sozialdienst in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und unterschiedlichem Zeitaufwand
- Gesamtaufenthaltsdauer in der teilstationären Einrichtung (inkl. Lagerungs- und Erholungszeiten) von täglich mindestens 330 Minuten (ohne Transportzeiten)

Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

- 8-553.0 Mindestens 1 bis höchstens 5 Behandlungstage
- 8-553.1 Mindestens 6 bis höchstens 10 Behandlungstage
- 8-553.2 Mindestens 11 bis höchstens 15 Behandlungstage
- 8-553.3 Mindestens 16 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-553.4 Mindestens 21 bis höchstens 25 Behandlungstage
- 8-553.5 Mindestens 26 bis höchstens 30 Behandlungstage
- 8-553.6 Mindestens 31 Behandlungstage

Vorschlagsvariante 2: Bei Implementierung einer Tagesfalldefinition

Der nachstehende Vorschlag hat keine präjudizierende Wirkung im Hinblick auf die grundsätzliche Haltung der Geriatrie zur Frage der teilstationären Falldefinition. Die in der Stellungnahme vom 06.04.2005 begründet dargelegten Bedenken haben nach wie vor Bestand.

8-554 Teilstationärer geriatrisch-frührehabilitativer Behandlungstag

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Teamintegrierte Behandlung unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich; sofern diese nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2007 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung im Bereich "Klinische Geriatrie" ausreichend)
 - Ärztliche Visite
 - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal
 - Vorhandensein und teamintegrierter Einsatz folgender Bereiche: Physiotherapie, Physikalische Therapie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie, Logopädie/facio-orale Therapie, Sozialdienst in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen und mit unterschiedlichem Zeitaufwand
 - Orientierende Teambesprechung unter ärztlicher Leitung und mit Beteiligung aller Bereiche (Tagesablaufbesprechung)
 - Gesamtaufenthaltsdauer in der teilstationären Einrichtung (inkl. Lagerungs- und Erholungszeiten) von mindestens 330 Minuten (ohne Transportzeiten)
- Gleichzeitige akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

Anmerkung: Im Fall der Implementierung einer Tagesfalldefinition wird für die Variante 2 bewusst ein anderer OPS-Kode als für Variante 1 vorgeschlagen (obwohl sich beide in Abhängigkeit von der grundsätzlichen Entscheidung gegenseitig ersetzen und keinesfalls ergänzen), da zunächst zu befürchten steht, dass die Tagesfalldefinition – nicht zuletzt wegen der voraussichtlich massiven Akzeptanz- und Umsetzungsprobleme in den geriatrischen Tageskliniken – perspektivisch möglicherweise doch noch durch eine Episodendefinition ersetzt werden müssen. Insofern wäre wünschenswert, wenn das DIMDI den OPS-Kode 8-553 innerhalb des Dreistellers 8-55 zunächst noch für diesen Eventualfall frei halten könnte.

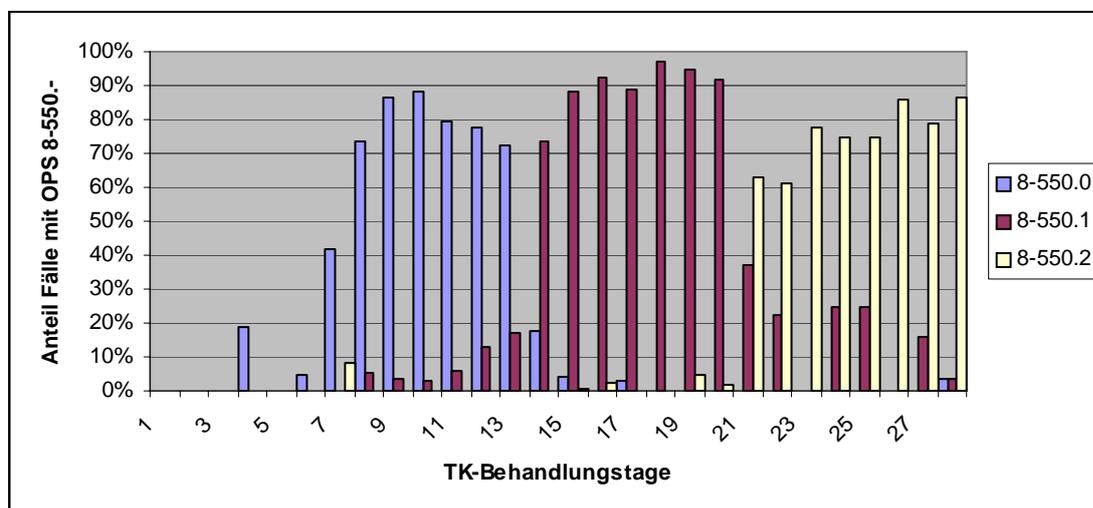
Anlage 1

Dokumentation teilstationärer geriatrischer Komplexbehandlung mittels OPS 8-550.- in Abhängigkeit von der Behandlungsdauer (Jahrgang 2004 – OPS-Version 2004)

Daten: Insg. 4 Fachkrankenhäuser für Geriatrie mit angeschlossener Tagesklinik (8.470 Fälle gesamt, davon 893 teilstationäre Behandlungsfälle, davon 540 [60%] im unmittelbaren Anschluss an eine vollstationäre Behandlung)

Anzahl Behandlungstage	Fälle	Davon Fälle mit OPS 8-550.-	%	% Fälle mit OPS 8-550.0	% Fälle mit OPS 8-550.1	% Fälle mit OPS 8-550.2
1	13	0	0%	0%	0%	0%
2	16	0	0%	0%	0%	0%
3	21	0	0%	0%	0%	0%
4	16	3	19%	19%	0%	0%
5	22	0	0%	0%	0%	0%
6	20	1	5%	5%	0%	0%
7	24	12	50%	42%	0%	8%
8	19	15	79%	74%	5%	0%
9	30	28	93%	87%	3%	0%
10	68	62	91%	88%	3%	0%
11	34	30	88%	79%	6%	0%
12	31	28	90%	77%	13%	0%
13	47	44	94%	72%	17%	0%
14	45	43	96%	18%	73%	0%
15	121	116	96%	4%	88%	1%
16	38	36	95%	0%	92%	3%
17	36	33	92%	3%	89%	0%
18	33	32	97%	0%	97%	0%
19	40	40	100%	0%	95%	5%
20	49	47	96%	0%	92%	2%
21	19	19	100%	0%	37%	63%
22	18	16	89%	0%	22%	61%
23	9	7	78%	0%	0%	78%
24	16	16	100%	0%	25%	75%
25	24	24	100%	0%	25%	75%
26	7	7	100%	0%	0%	86%
27	19	18	95%	0%	16%	79%
≥ 28	58	55	95%	3%	3%	86%
GESAMT	893	732	82%	24%	41%	15%

Verweildauerbezogene Fehlkodierungen: 71 von 732 Fälle (9,7%)

Grafische Darstellung

Anlage 2

Datenbasierte Schätzung eines sachgerechten Schwellenwertes für die tagesbezogene Mindesttherapiedauer bei teilstationärer geriatrischer Krankenhausbehandlung

Daten: DRG-Projekt I (2002)

Stichprobe: Insg. 10 Kliniken für Geriatrie mit angeschlossener Tagesklinik und mind. 3-monatiger Vollimplementierung der detaillierten Leistungsdokumentation nach OPS-G V3.00 für 2002 (http://www.geriatrie-drg.de/Public/Docs/OPSG_V300s_Manual.pdf), davon 3 Kliniken mit weitergeführter Detaildokumentation bis Ende 2002. Von diesen Kliniken wurden insg. 1.984 auswertbare teilstationäre Behandlungsfälle aufgeliefert.

Gewichteter Therapie-Intensitäts-Index nach OPS-G V3.00

Der OPS-G gestattet eine nach Therapiebereichen differenzierte Betrachtung der therapeutischen Anteile geriatrischer Komplexbehandlung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie). Eine exakte Erfassung der Therapiedauer in Form von Therapieeinheiten erfolgt zwar nicht, jedoch wird die wochenbezogene Intensität differenziert nach Einzel- und Gruppentherapie einheitlich in allen Bereichen mittels folgender Skala abgebildet:

Wochenbezogene Therapieintensität	Kode
Einzelbehandlung: Sporadisch <1x/Wo	1
Einzelbehandlung: Regelmäßig 1-2x/Wo	2
Einzelbehandlung: Häufig 3-4x/Wo	4
Einzelbehandlung: Intensiv 5x/Wo	5
Gruppenbehandlung: Sporadisch <1x/Wo	0,3
Gruppenbehandlung: Regelmäßig 1-2x/Wo	0,6
Gruppenbehandlung: Häufig 3-4x/Wo	1,3
Gruppenbehandlung: Intensiv 5x/Wo	1,7

Aus Zeitgründen wurde für die vier einbezogenen Therapiebereiche zum einen ein einfacher Gesamt-Summenscore über alle Kodierungen gebildet, zum anderen ein einfacher Summenscore nur unter Berücksichtigung der Einzelbehandlung. Anwendungen der gleichfalls sehr differenziert erfassten Physikalischen Therapie konnten aus Zeitgründen nicht berücksichtigt werden. Von den 1.984 dokumentierten teilstationären Fällen wiesen 1.522 (77%) eine insg. multidisziplinäre Behandlung auf (mind. 2 der einbezogenen 4 Therapiebereiche) Der mittlere Summenscore für Einzelbehandlung lag in dieser Gruppe bei 8,2 Punkten, der gewichtete Score mit Einbeziehung von Gruppentherapien bei 9,4 Punkten. Damit kann bereits im Mittel **nicht** davon ausgegangen werden, dass **täglich** zwei der vier betrachteten Berufsgruppen eingesetzt werden, entsprechend ist eine tagesbezogene Verankerung des Mindestkriteriums „Multidisziplinarität“ obsolet. Unter Berücksichtigung der Verteilung des gewichteten Index (s. Abb.) kommen aber sicher täglich therapeutische Anwendungen zum Einsatz und – berücksichtigt man weiterhin die hier nicht einbezogene Physikalische Therapie – auch sicher mehrere Therapieeinheiten pro Tag. Auf dieser Basis kann also für die **Episode** das Multidisziplinaritätskriterium etabliert werden, nicht jedoch für jeden einzelnen Tag. Darüber hinaus ist es allerdings noch **nicht** möglich, einen tagesbezogenen Mindestschwellenwert für die Therapieintensität sachgerecht zu kalkulieren. Insofern sollte in Ergänzung zum multiprofessionell einzusetzenden Team zunächst nur eine tägliche Mindestaufenthaltsdauer festgesetzt werden.

