

Wenn die letzten Silvesterraketen am Neujahrstag 2004 verglüht sein werden, beginnt für deutsche Krankenhäuser ein neues Zeitalter, nämlich der Eintritt in ein DRG-System, das gemessen an der bisherigen Vergütungsarithmetik eine Wendung um 180 Grad bedeutet. Am siebten Tage ruhte der Herr bislang gern, um eine durchschnittliche Verweildauer von über zehn Tagen zu erreichen, und allenfalls der Patient wurde unruhig, weil man nach einer Woche „noch immer nichts gefunden hatte“. Ab dem 1. Januar wird jedoch weniger der Kranke als vielmehr der Abteilungschef am siebten Tage unruhig werden, denn – so haben die DRG-Experten des Krankenhauses München-Schwabing herausgefunden – dann kann im neuen System bereits die Zeit des Draufzahlens beginnen.

Die Phase des Countdowns erscheint lang, dauerte sie doch insgesamt 1282 Tage. Am 27. Juni 2000 einigten sich die Vertragsparteien in Berlin auf die Einführung des deutschen DRG-Systems - am 1. Januar 2004 wird dieser Entschluss bundesweit in die Tat umgesetzt. Berücksichtigt man aber, dass kein anderes Land der Welt jemals ein so umfassendes Fallpauschalensystem eingeführt hat, so kann man uns Deutschen keine Langsamkeit und vor allem nicht mangelnde Gründlichkeit nachsagen. Was 2000 viele noch nicht für möglich hielten, ist eingetreten: Ende 2003 rechnen bereits 30% der deutschen Krankenhäuser nach G-DRG (German Diagnosis Related Groups) ab, ab Neujahr werden es 100% sein.



Nadine Schmid-Pogarell, Ärztin, seit drei Jahren

stellvertretende Leiterin des DRG Competence-Centers München-Schwabing, hat die Leistungszahlen der eigenen Klinik und auch die vieler anderer Krankenhäuser auf DRG-Tauglichkeit geprüft und die Ergebnisse ihrer Analysen in ungezählten Vorträgen und Seminaren weitergegeben. Für unsere Leser gibt sie wertvolle Tipps, wie sich Krankenhäuser auf den Tag X und die Zeit danach vorbereiten sollten, um nicht gleich in der ersten Runde - der sogenannten Konvergenzphase - aus dem Rennen zu fallen.

COUNTDOWN ZUM DRG-JAHR 2004

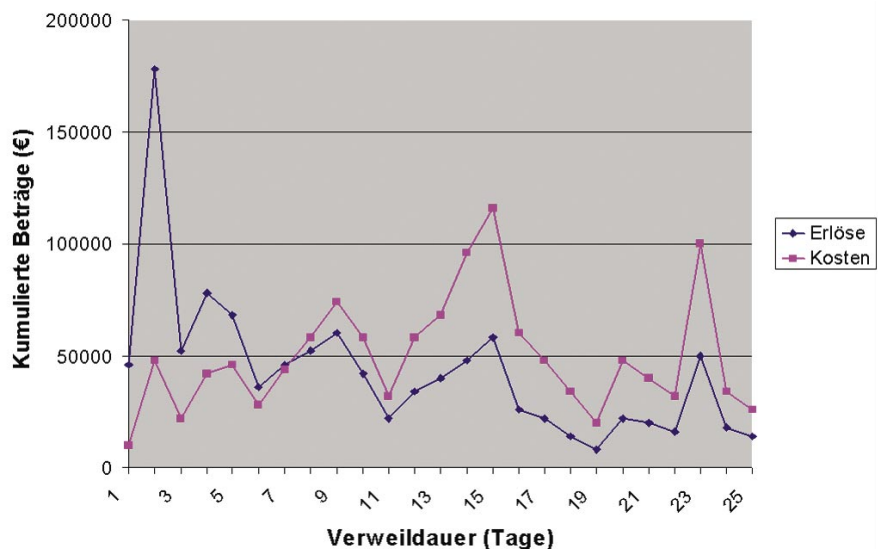
Aufbruch in eine schöne neue Welt



Nachdem fast bis zur letzten Minute am G-DRG-Katalog Änderungen vorgenommen wurden, sind die Kostengewichte (amtsdeutsch: Bewertungsrelationen) für 2004 nun endlich allgemein erhältlich und die lizenzierten Grouper-Programme angepasst. Damit beginnt vielerorts eine hektische Phase des Rechnens: Wie hoch ist das voraussichtliche Budget des nächsten Jahres? Deckt es die erwarteten Ausgaben? An welchen Stellschrauben kann noch gedreht werden? Für jede der mittlerweile über 800 DRGs gibt es ein eigenes Preisschild (siehe Schnellkurs DRG-Systematik), d.h. für einen Fall mit einer einmal festgelegten DRG wird ein Festbetrag ausbezahlt, der so gut wie nicht durch das bisher geübte Spielen mit der Verweildauer zu beeinflussen ist. Erst unter- oder oberhalb von

Grenzverweildauern gibt es Ab- und Zuschläge.

Vor allem für Häuser, die bisher noch keine oder so gut wie keine Vorbereitungen getroffen haben, wird es allerhöchste Zeit, die künftig erzielbaren Erlöse mit tatsächlich entstehenden Kosten zu vergleichen. Aber auch für diejenigen, die bereits im Optionsjahr 2003 nach DRG abgerechnet haben, sind die letzten Tage des Countdowns eine Zeit intensiver Kalkulationen. Sie werden feststellen, dass die ab 1.1.2004 gültige neue Version 2.0 grundlegend überarbeitet wurde, so dass sich gravierende Unterschiede zum Vorjahr ergeben. Die Kostenkalkulation basiert nun auf 2,1 statt 1,3 Millionen Datensätzen. Sie stammen aus 137 statt 109 Krankenhäusern, darunter zwölf Universitätskliniken. Das sieht man auch den neuen DRGs an: Gerade



Beispiel DRG F42A, Sammelbecken für schwere Kreislaufsystemerkrankungen ohne akuten Herzinfarkt:

Vergleich von tatsächlichen Kosten und DRG-Erlösen in Abhängigkeit von der Verweildauer. Ab dem siebten Tag gehen bei dieser DRG täglich erhebliche Summen an Geld verloren.

Nun wird es endlich ernst: Nach fast drei Jahren Vorbereitungszeit wird das DRG-Vergütungssystem für alle deutschen Krankenhäuser am Neujahrstag „gezündet“. Danach wird vieles anders sein als bisher: Ehedem lukrative Leistungen können ein Zuschussgeschäft werden, neue Chancen tun sich auf. Wer jetzt allein ist, wird es nicht mehr lange bleiben, denn Kooperationen helfen bei der Prozess- und Erläsoptimierung. Und wer sich jetzt noch nicht auf das neue System vorbereitet hat, für den wird es allerhöchste Zeit, unsere Checkliste abzuarbeiten.

Schnellkurs DRG-Systematik

DRGs sind Diagnose-basierte Vergütungsgruppen (Fallpauschalen), die voll- und teilstationäre Krankenhausfälle mit ähnlichem medizinischen Kontext nach ökonomischem Aufwand zusammenfassen.

Jede DRG trägt eine 4-Zeichen-Kodierung (z.B. G02B), bestehend aus

- einem Buchstaben für die medizinische Obergruppe, basierend auf der Hauptdiagnose (z.B. G für gastroenterologische Fälle);
- einer zweistelligen Zahl, die die Hauptdiagnose mit einer oder mehreren Prozeduren verbindet (01 bis 39 für chirurgische Eingriffe, 40-59 für sonstige Prozeduren, 60-99 für rein medizinische Fälle ohne aufwändige Prozeduren);
- einem abschließenden Buchstaben A bis E für den ökonomischen Aufwand, der durch Nebendiagnosen, Komplikationen u.ä. bedingt ist (Merkhilfe: A wie „aufwändig“, B wie „billig“).

Die Vergütung einer DRG errechnet sich nach der Formel Kostengewicht mal Basisrate, z.B. 0,8 x 3000 Euro = 2400 Euro. Die Basisrate (beispielsweise 2500 Euro) entspricht der Vergütung eines Falles mit dem Kostengewicht 1.0 und ist für 2004 krankenhaushaus-individuell verhandelbar, um die Budgetneutralität des DRG-Systems zu gewährleisten. Während einer dreijährigen Konvergenzphase sollen dann die Kostengewichte zumindest auf Länderebene angeglichen werden.

Die Ermittlung der DRG aus Diagnosen, Prozeduren, Nebendiagnosen und Komplikationen erfolgt mit einer lizenzierten Grouper-Software. Sie bestimmt zunächst die Basis-DRG der Grunderkrankung (z.B. G02), addiert dann in einem nicht-linearen Verfahren die Schweregrade (CCL) aller Nebendiagnosen und Komplikationen zu einem Gesamtschweregrad (PCCL) auf, berechnet daraus die endgültige DRG (z.B. G02B oder G02A) und ordnet ein Kostengewicht (z.B. 2,61) zu.

Leistungen, die vorwiegend an Kliniken der Maximalversorgung erbracht werden, sind ab sofort richtiger, d.h. oftmals höher bewertet als dies in der Vorversion der Fall war, und entsprechend gehen die Gewichte für „Wald-und-Wiesen-Fälle“ zurück. So bleibt es also weder den DRG-Neulingen noch den alten Hasen erspart, mit einem aktualisierten Grouper neu zu kalkulieren.

Die Veränderungen, die wir ab 2004 erwarten, sind umfassend und einschneidend: Leitsymptom wird eine deutliche Verkürzung der Verweildauer sein, und diese wiederum wird zur Optimierung lieb gewordener, aber zu langwieriger Prozesse zwingen. Das zweite große Motiv wird ein zunehmender Wettbewerb sein, insbesondere wenn benachbarte Krankenhäuser ein ähnliches Leistungsportfolio anbieten. Hier muss es zur Angebotsvereinigung, Abstimmung und letztlich zu Kooperationen kommen, wenn nicht alle verlieren wollen. Ganz wichtig ist schließlich die Vorbereitung der Mitarbeiter im Krankenhaus, insbesondere der Pflegekräfte und Ärzte, denn sie sind es, die für die Richtigkeit und Vollständigkeit der DRG-Kodierung sorgen müssen und deren tägliche Arbeit sich dadurch besonders stark ändert.

Checkliste

Das sollten Sie in der Schlussphase des Countdowns erledigt oder auf den Weg gebracht haben:

Allgemeine Ablauforganisation

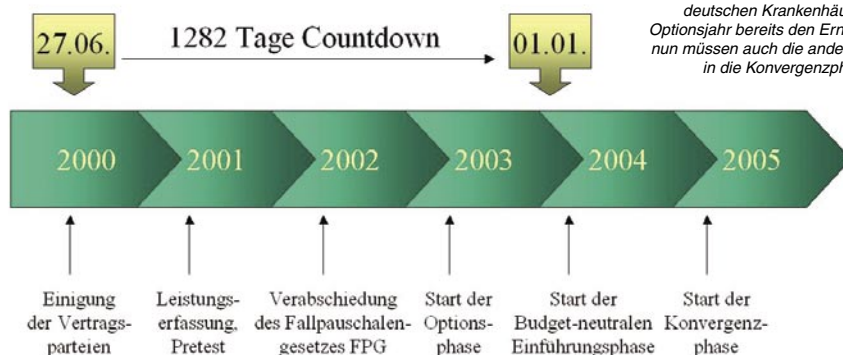
- Projektziele, Projektplan, Projektteam definieren
- Zeitschiene, Verantwortlichkeiten und Meilensteine festlegen
- Ist-Erhebung für Kosten/Erlöse und für Abläufe im Krankenhaus durchführen
- Datenfluss und Schnittstellen analysieren
- Soll-Abläufe („Patientenpfade“) definieren
- Kommunikationsstruktur aufbauen (Aufnahme- und Abrechnungspersonal nicht vergessen)

Spezifische DRG-Belange

- Anforderungen an die Führungsebene, kodierende Mitarbeiter und Administration sammeln
- Priorisieren
- Medizincontrolling einführen bzw. ausweiten
- Schulung für betroffene Berufsgruppen organisieren
- Freigabe und Autorisierung regeln

Das Schöne daran: Es wird keineswegs nur Verlierer, sondern auch viele Gewinner geben. Voraussetzung ist eine Ist-Analyse, um eventuell vorhandene Risiken des eigenen Hauses richtig einschätzen zu können. Es geht um Bereiche, die kostenintensiv sind, aber niedrige Erlöse bringen. Am besten nimmt man die ersten drei Quartale des Jahres 2003 und analysiert sie mit einem DRG-Grouper bzw. lässt sie von einem externen Berater analysieren. Das erste Ergebnis sagt in der Regel alles: Ein Weitermachen wie bisher ist wirtschaftlich unmöglich. Danach sollte man sich Gedanken darüber machen, was man strategisch verändern

Ein jahrelanger Countdown geht am 1.1.04 zu Ende. Rund 30% der deutschen Krankenhäuser haben im Optionsjahr bereits den Ernstfall geprobt, nun müssen auch die anderen zum Start in die Konvergenzphase antreten.



kann, um die ersten ein bis zwei Jahr zu überleben. Zur Vorbereitung auf die Budgetverhandlungen 2004 ist eine solche Analyse ohnehin unverzichtbar.

Die Überlegungen laufen dann meist auf eine Verweildauer-Reduktion hinaus. Sie kann nur gelingen, wenn man den gesamten Durchgang eines Falles durch die Klinik kennt: Aufnahme, Eingangsuntersuchungen, Operation, Wachraum, Verlaufskontrollen, interne Verlegung usw. bis hin zur Entlassung. Aber auch alle diejenigen, die vor- und nachgelagert an der Behandlung beteiligt sind, sollte man in das Kalkül einbeziehen, um Potentiale für die Prozess-optimierung voll auszuschöpfen, also den einweisenden Hausarzt, die Rehabilitationsklinik, ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen und am Ende wieder den Hausarzt.

Für den Behandlungsabschnitt, der innerhalb des eigenen Hauses stattfindet, ist es natürlich am günstigsten, wenn man Patientenpfade - englisch Clinical Pathways - einführt. Sie haben sich als ideales Instrument erwiesen, um den Prozess durchzuorganisieren und dann den Großteil der Patienten innerhalb der vorgesehenen Zeitspanne behandeln zu können. Solche Pfade sind aber nicht nur aus logistischen und wirtschaftlichen Gründen sinnvoll, sondern liegen auch im Interesse unserer „Kunden“: Der Patient ist ja nicht unbedingt gern im Krankenhaus und freut sich ebenso wie wir, wenn er statt nach zehn Tagen bereits nach einer Woche entlassen wird.

Eine Verweildauer-Reduktion lässt sich allerdings nicht auf Knopfdruck erreichen, etwa indem man einfach sagt: Ab sofort gibt es bei uns nur noch sieben Tage. Man muss die Prozesse im eigenen Haus dokumentieren, analysieren, strukturieren und dann ein optimales Pfaddesign entwerfen. Dies ist eine aufwändige Aktion, die sicher nicht über Nacht gelingt. Problematisch wird es vor allem immer dann, wenn es in einem Krankenhaus viele Schnittstellen gibt und wenn an diesen Schnittstellen Daten erhoben werden, die nicht in das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) zurückfließen. Solche Informationen gehen in der Regel verloren und stehen dann anderen Beteiligten nicht zur Verfügung. Die Folgen sind Doppelerhebungen, Verzögerungen und Frustrationen. Pfade muss man Berufsgruppen übergreifend planen und implementieren: Nur wenn die Abläufe gemeinsam festgelegt sind,

wenn sie auf einem allgemeinen Konsens basieren, kann man erwarten, dass sie dann auch akzeptiert und angewendet werden.

Wir haben eine detaillierte Häufigkeitsanalyse der Verweildauern durchgeführt, um festzustellen, bei welchen Patienten die Kosten die Erlöse übersteigen. Dafür bildeten wir Kategorien von 0 bis 5 auf Basis der klassischen Trimpunkte mittlere Verweildauer (mVD), untere und obere Grenzverweildauer (uGVD und oGVD) sowie eines zusätzlich eingeführten Grenzwertes GW3, der in der Mitte zwischen

optimierungs-Maßnahmen bevorzugt ansetzen, um massive finanzielle Probleme zu vermeiden.

Dies ist ein Beispiel dafür, wie man mit einer Ist-Analyse umgehen kann. Es lässt sich besonders gut auf internistische Abteilungen anwenden, in denen sich Langlieger häufen. Anders stellt sich die Situation bei den Chirurgen dar: Operative Abteilungen haben meist ein großes Kodierproblem. Wenn die DRG-Erlöse nicht zur Deckung der Kosten reichen, so kann es daran liegen, dass die Fallschwere nicht ausreichend dokumentiert wurde.

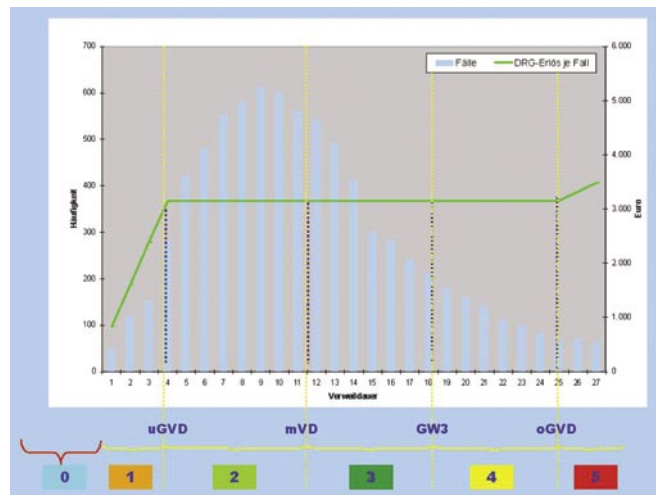
Der PCCL errechnet sich bekanntlich fast gänzlich aus der Summe der Nebendiagnosen und Komplikationen. Werden diese nicht in den Grouper eingegeben oder werden nur irrelevante ICD-Ziffern verschlüsselt, so resultiert zwangsläufig ein Wert von 0, und der Patient fällt in die niedrigste Vergütungsstufe seiner DRG. Wir konnten in einer Analyse an Tausenden von chirurgischen Fällen zeigen, dass selbst in den Verweildauerkategorien 4 und 5 über 50% der Patienten mit einem solchen PCCL von 0 entlassen wurden - ein unplausibler, korrekturbedürftiger Zustand, da Patienten mit hoher Verweildauer in der Regel auch einschlägige Pflegeprobleme haben.

In solchen Fällen ist es am besten, neben therapeutischen auch diagnostische Pfade zu erarbeiten, die den gesamten

Prozess von der Anforderung einer Untersuchung bis zur ICD-Verschlüsselung beschreiben. Die wichtigsten Lieferanten von Nebendiagnosen für operative Patienten sind Anästhesie und Labor. Deshalb sollten diese Abteilungen unbedingt in den Pfadfindungsprozess einbezogen werden (s. S. 35 ff.).

Wer bisher noch nicht mit den Vorbereitungen für das DRG-Jahr 2004 begonnen hat, für den wird die Zeit knapp. Unsere Checkliste führt die wichtigsten Punkte auf, die in den letzten Tagen des Countdowns erledigt sein sollten. Wenn dies mit den eigenen Ressourcen nicht mehr möglich ist, steht das DRG Competence-Center München-Schwabing (ebenso wie vergleichbare Einrichtungen anderer erfahrener Krankenhäuser) gern zur Verfügung, um die notwendigen Analysen im Auftrag durchzuführen und die Teams für die Umsetzung zusammenzustellen.

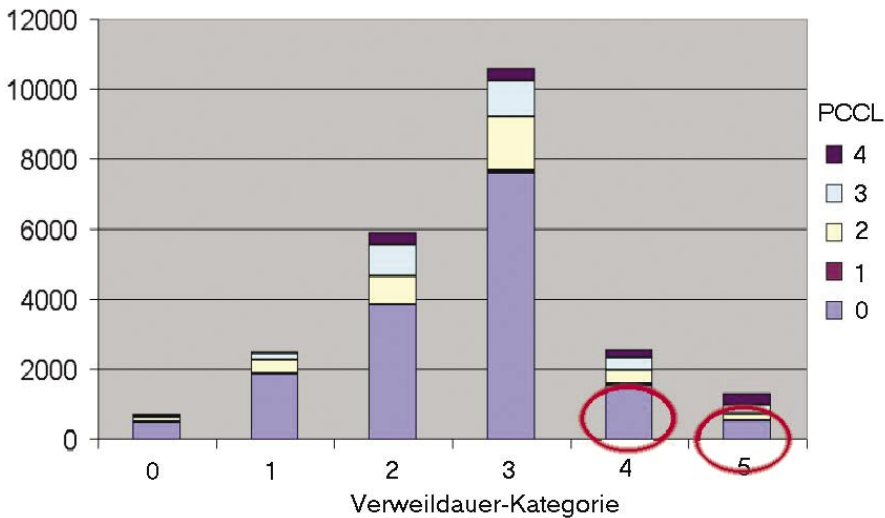
Der Schlüssel zum Erfolg liegt aber keineswegs allein im eigenen Hause. Die eingangs erwähnte Kooperation mit



Häufigkeitsverteilung der Verweildauer (blaue Balken) und Vergütung im DRG-System (grüne Linie): Da der DRG-Erlös über einen weiten Bereich konstant ist, verursachen Fälle in Kategorie 4 und 5 mit einer Verweildauer oberhalb des Grenzwerts GW3 in der Regel Verluste.

mVD und oGVD liegt. Das DRG-System sieht bekanntlich für alle Fälle, die zwischen uGVD und oGVD, also in den Kategorien 2 bis 4 liegen, eine konstante Vergütung ohne Berücksichtigung der Verweildauer vor.

Das Ergebnis der Studie war beeindruckend und gleichzeitig einleuchtend: Mit Hilfe des GW3 lässt sich auf sehr einfache Weise abschätzen, wo die nahezu sichere Verlustzone für eine bestimmte DRG beginnt. Im Fall der auf S. 30 dargestellten F42A liegt beispielsweise die gerade noch kostenneutrale Kategorie 3 zwischen 6 und 11 Tagen. Oberhalb davon entstehen mit großer Wahrscheinlichkeit Verluste, die in der Kategorie 4 (12 bis 16 Tage) besonders hoch ausfallen, weil sie hier noch nicht durch Zuschläge kompensiert werden. Wir erleben es bei unseren Analysen immer wieder, dass ein nicht unerheblicher Teil der Patienten ausgerechnet in der Problemkategorie 4 liegt, wo die Kosten-Erlös-Schere besonders weit aufgeht. Hier müssen dann die Prozess-



Kodierqualität und Häufigkeitsverteilung in den Verweildauer-Kategorien 0 bis 5 bei operativen Patienten: Selbst bei kritisch langem Aufenthalt im Krankenhaus (Kategorie 4 und 5) wurden in über 50% keine oder ungeeignete Nebendiagnosen kodiert, so dass der berechnete Gesamtschweregrad PCCL bei 0 blieb (rot markiert).

den nach- und vorgelagerten Behandlungspartnern muss die Mitbewerber im Krankenhausmarkt einbeziehen. Konkurrenz belebt zwar das Geschäft, aber eine „Alle-gegen-Alle“-Strategie wird am Ende nur Verlierer erzeugen. Jeder kann vom anderen profitieren, man kann sich Aufgaben teilen und unnötige Überschneidungen vermeiden. Es lohnt sich, so rasch wie möglich die Fühler auszustrecken, persönliche Beziehungen aufzubauen und eine Vertrauensbasis zu schaffen, um dann langfristige Partnerschaften aufzubauen. Dies bedeutet keineswegs nur Verzicht, sondern auch Ausweitung der eigenen Aktionsfelder, z.B. durch Austausch von Spezialisten oder Aufnahme neuer Krankheitsbilder in Kooperation mit einer Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung.

Das längerfristige Ziel sollte ferner eine integrierte, regionale Versorgung sein, die die bisherigen Reibungsverluste an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Pflege abbaut. Warum sollte man nicht Voruntersuchungen des niedergelassenen Kollegen übernehmen anstelle sie kostenträchtig neu zu erheben, wenn auf beiden Seiten die gleichen Qualitätsstandards bestehen? Für solche Kooperationen gibt es so gut wie keine rechtlichen Beschränkungen, wenn sich beide Seiten einig sind. Ganz im Gegenteil wird die integrierte Versorgung künftig sogar finanziell gefördert. Wichtig ist lediglich, dass die Partnersuche einer Gesamtlogik folgt und nicht dem Zufall überlassen bleibt: Welche niedergelassenen Partner passen zum geplanten Portfolio, mit welchen anderen Krankenhäusern sind Verbundstrukturen sinnvoll usw.? Richtige Partner sind in jedem Fall solche, die helfen,

die Prozesse zu optimieren, die sich an der Erstellung von Pfaden beteiligen und diese auch einzuhalten bereit sind, die beispielsweise bei der Diagnosefindung die geforderte Schnelligkeit gewährleisten oder bei der gemeinsamen Behandlung helfen, die Kosten zu senken.

Nicht zuletzt können Partner für die DRG-Kodierung und -Abrechnung nützlich sein, die z.B. Werkzeuge bereitstellen oder bei der Erfassung und Analyse von Daten helfen. Nur wer über Daten verfügt, kann seine Situation analysieren, kann entscheiden, welche Bereiche er ausbauen möchte, wo er nur die Position halten will und was er besser abgibt. Der in Managementschulungen übliche PDCA-Zyklus („Plan, Do, Check, Act“) lässt sich in der Welt der DRGs übersetzen in

- Daten erheben und analysieren
- Strategien entwickeln
- Konsequenzen ableiten und umsetzen und nicht zuletzt
- die Erfolge im Sinne einer Imageverbesserung vermarkten.

So bleibt bei aller wirtschaftlichen Denkweise der gute Ruf des Krankenhauses das nachhaltigste Erfolgskriterium - auch in DRG-Zeiten. Es wird immer Leistungen geben, die unter dem Strich kein Plus machen, aber zum Image des Hauses gehören. Bei uns sind dies z.B. bulimiekranken Mädchen und junge Frauen, deren Behandlung dem Krankenhaus München-Schwabing einfach seit Jahren am Herzen liegen. Diese Fälle sind im DRG-System nicht gut abgebildet, aber wir möchten für diese Patientinnen auch künftig Anlaufstelle bleiben. Die DRG U66Z „Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen“ hat eine

mittlere Verweildauer von 11,2 Tagen - bei uns sind diese Patientinnen häufig 30 und mehr Tage, da sie nicht nur zur Durchführung der Diagnostik, sondern zu umfangreicher und langer, intensiv begleiteter Behandlung kommen. Der Gesetzgeber hat im Rahmen des Fallpauschalenänderungsgesetzes (FPÄndG) für solche und ähnliche Einrichtungen die Nutzung als „besondere Einrichtung“ vorgesehen. Wir werden versuchen, alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um eine Fortführung der Therapie zu erreichen. Die Verhandlungen hierfür sind derzeit noch nicht abgeschlossen. In jedem Fall muss ein Krankenhaus Mittel und Wege finden, die dadurch eventuell entstehenden Verluste an anderer Stelle wieder auszugleichen. Auch das gehört zu innovativem, ideenreichem Management in dieser neuen Zeit. ■

Nadine Schmid-Pogarell
DRG Competence-Center

München-Schwabing

Tel.: 089-3068-2037. Fax: -3068-3768

drg@kms.mhn.de, www.drgcc.de

DRG-Watchdog

Eine vom VdGH beauftragte Studie¹ zeigt, dass die zielgerichtete Erfassung von Diagnosen und vor allem auch von Nebendiagnosen die entscheidende Basis für eine aufwandsgerechte DRG-Fallvergütung ist. Auf der Trillium-Website ist das im Rahmen der Studie entwickelte Programm „DRG-Watchdog“ kostenlos erhältlich².



Die Beliebtheit dieser Software ist ein wesentlicher Grund für den sprunghaften Anstieg der Besucherzahlen auf unserer Internetseite seit Januar 2003. Damals wurde die stark verbesserte Version 2.0 des Wachhundes ins Netz gestellt und seither über 2000 mal heruntergeladen. Rechtzeitig zum 1.1. wird übrigens dank der Unterstützung des VdGH ein Update (Version 3.0) zur Verfügung stehen, das die neuen DRGs und Kostengewichte berücksichtigt.

¹www.vdgh.de: Diagnostik im Gespräch 2/2003 (Download unter Informationen + Publikationen/Publikationen)

²www.trillium.de (Download unter Service/Kostenlose Downloads)