

GKV-Reform

Auf dem Weg zum deutschen Managed-Care-System

Am 1.1.2000 trat die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) mit ihrem Herzstück der Integrationsversorgung in Kraft. Sie ist als Teil eines Managed-Care-Programms nach US-Vorbild zu verstehen und besteht wie das Original aus vielen zum Teil verwirrenden Komponenten.

DRG, IV, DMP, MVZ: Die Zahl der Kürzel wächst und wächst - und mit ihr die Zahl teurer Tagungen und Berater, die den Betroffenen gern erklären, was sich dahinter verbirgt. Dabei ist es eigentlich ganz einfach: Man muss nur, wie so oft, einen Blick über den Atlantik werfen, um zu sehen, woher die Namen und die Konzepte kommen - und wohin unser Gesundheitssystem wohl letztlich steuern wird:

- Die vor mehr als 20 Jahren in den USA entwickelten *Diagnosis-Related Groups* sind inzwischen Standard an deutschen Krankenhäusern. Sie regeln die Vergütung nach Pauschalpreisen anstelle der bis vor zwei Jahren geltenden Abrechnung nach Aufwand.
- *Integrierte Versorgung* bindet seit diesem Jahr verstärkt Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte im Rahmen individueller Verträge mit den Kassen zu Versorgungsnetzwerken zusammen.
- *Disease-Management-Programme* erzwingen standardisierte Behandlung und pauschale Preise bei der ambulanten-stationären Versorgung besonders häufiger Krankheiten wie Diabetes Typ-2 oder koronare Herzkrankheit.
- *Medizinische Versorgungszentren* sind schließlich eine Neuauflage der aus DDR-Zeiten bekannten Polikliniken im neuen Look von *Integrated Health Delivery Centers*.

Alle vier Kürzel stehen für Komponenten der amerikanischen Regelversorgung, die dort den Namen *Managed Care* trägt. Ein weiterer Begriff aus diesem Arsenal befindet sich bereits in der politischen Diskussion: *Capitation*, im Deutschen etwas unglücklich mit Kopfpauschale übersetzt. Das klingt nach Kopffänger - und so völlig falsch liegt man gar nicht, wenn man damit *Managed Care* bildhaft erklären möchte. Es geht um ein „Einkaufsmodell der Krankenkassen“ (Hoppe), das Patienten

und Ärzte unter Umgehung traditioneller vertragsärztlicher Strukturen direkt an die Versicherer bindet.

Das Hauptziel von *Managed Care* ist Kostensenkung bei (mindestens) gleichbleibender Qualität. Ob dies den Amerikanern gelungen ist, wird vielfach bezweifelt: Sie haben, gemessen am Brutto-Inlands-Produkt, das teuerste Gesundheitssystem der Welt und abgesehen von weltberühmten Kliniken wie Mayo oder Johns Hopkins eine Gesundheitsversorgung, mit der sich die Schweiz (Platz 2 der Preisliste) und Deutschland (Platz 3) durchaus messen können.

Gespart werden soll im deutschen *Managed-Care-System* vor allem durch Wegfall ambulant-stationärer Doppelbehandlungen sowie durch die Stärkung des Hausarztes als Schleusenwärter (*gate keeper*) im wahrsten Sinne des Wortes: Er soll verhindern, dass ein Patient durch unkontrollierte Inanspruchnahme teurer Dienstleistungen beim Facharzt und im Krankenhaus die finanziellen Schleusen nach eigenem Gutdünken öffnen kann.

Verwirrspiel mit System?

Hinter der Vielfalt der Begriffe muss man nicht unbedingt nur handwerkliche Mängel vermuten - man kann durchaus System in diesem Verwirrspiel sehen: Je größer die Auswahl und je komplizierter die jeweiligen Überlappungsbereiche, umso stärker werden verkrustete Strukturen durcheinander gewirbelt: So stärken DMPs die Rolle des Hausarztes zu Lasten der Fachärzte und Krankenhäuser, während MVZs den niedergelassenen Ärzten Konkurrenz machen.

Gewinner wird es nach Auffassung des Gesundheitsministeriums auf beiden Seiten geben, aber man muss hinzufügen: Nur unter denen, die sich aufeinander zu bewegen. Wer auf seiner Insel sitzen bleiben möchte, wird in diesem System nicht selig werden. ■

gvl, gh



Wann fallen die Mauern von Jericho?

1989 wurde sie in § 115 SGB V erstmals gesetzlich verankert, 2000 sogar zum Kernbestandteil der GKV-Reform, und trotzdem wird sie nur zögerlich umgesetzt. Die Rede ist von der „Integrierten Versorgung“, die die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwinden soll.

Allerdings kann man den beiden Lagern nicht gerade bestätigen, dass sie in der Vergangenheit die Posaunen von Jericho geblasen hätten, um die Mauern zum Einsturz zu bringen. Nur ein eher klägliches Chor von Praxisnetzen hauchte: „Die Mauer muss weg“. Dabei ging es aber wohl eher um Barrieren innerhalb der eigenen Reihen der Niedergelassenen: Zu kompliziert war der gemeinsame Behandlungsauftrag, zu groß die Angst, ein einmal überwiesener Patient werde vom „Feindflug“ nicht mehr zurückkehren.

Doch dann ließ sich die Politik für die Jahre 2004 bis 2006 ein probates Mittel einfallen, um das lähmende Gesetz auf Trab zu bringen: Geld! Da bliesen die Posaunisten schnell zum Halali - eine regelrechte Goldgräberstimmung brach aus: Die Krankenkassen wurden mit Vertragsangeboten überhäuft, jeder sprach mit jedem - die Anschubfinanzierung wirkte wahre Wunder. Mitte des Jahres machte sich dann nach dem Goldrausch wieder die Ernüchterung breit. Nur ein Bruchteil der Anträge war bis dahin von den Kassen akzeptiert, das Geld schien in den Tresoren zu bleiben.

Inzwischen sind aber doch einige 100 Verträge erfolgreich abgeschlossen. Bemerkenswert ist dabei die neue Rolle der KVen: Nachdem ihre traditionelle Position als Pflichtverhandlungspartner im Zug der Reform ebenfalls ins Wanken gekommen war, haben sie sich als Berater etabliert.

Fazit: Die Mauern von Jericho fallen langsam - aber sicher. ■

gh

Überlappende Interessensbereiche

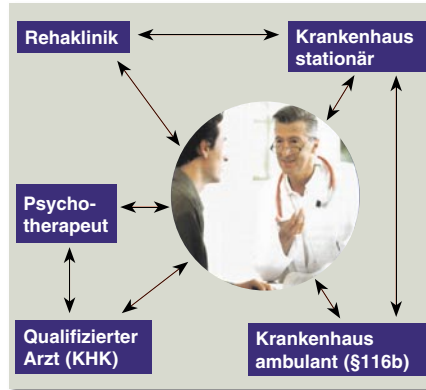
Zwei essentielle Bestandteile des GKV-Modernisierungsgesetzes verdienen es, kritisch unter die Lupe genommen zu werden. Der eine favorisiert den niedergelassenen Bereich, der andere ist eher eine Chance für Krankenhäuser – mit interessanten Verflechtungen.

Das Disease Management Programm (DMP) für den Typ-2-Diabetes sorgte für einigen Wirbel: In den meisten Regionen hatten sich Hausärzte und Fachärzte für Diabetologie ganz gut mit regionalen Strukturverträgen arrangiert. Deren Ablösung durch DMPs führte zunächst zu heftigem Widerstand der Ärzteschaft, vor allem wegen neuer Formen der Qualitätssicherung, die erheblichen Verwaltungsmehraufwand nach sich zogen. Mittlerweile sind die Wogen aber einigermaßen geglättet, und sogar eine zunehmende Einsicht in die Sinnhaftigkeit der neuen Programme macht sich breit. Als Vorteile kann man eine verbesserte Strukturqualität der beteiligten Leistungserbringer, standardisierte Schnittstellen zwischen den Behandlungsaufträgen, Evidenz-basierte Leitlinien und umfassende Dokumentation ansehen.

Neu ist die Rolle des Versicherten: Er kann sich freiwillig in die Programme einschreiben und übernimmt damit Rechte und Pflichten, z. B. auf Teilnahme an einer Patientenschulung. Das Ganze ist noch verlockend mit der Befreiung von der Praxisgebühr verbunden. Die Rollenverteilung der beteiligten Ärzte ist je nach DMP unterschiedlich geregelt: Beim Typ-2-Diabetiker ist der Hausarzt „koordinierender Arzt“ und überweist zur zeitweisen Mitbehandlung an den Diabetologen in der Versorgungsebene 2 (Schwerpunktpraxis/Ambulanz). Für Typ-1-Diabetiker übernimmt dagegen die Schwerpunkteinrichtung die Rolle des koordinierenden Arztes.

Auch für den Arzt ist die Teilnahme freiwillig, und mit der Unterschrift übernimmt auch er Rechte und Pflichten. Die koordinierenden Ärzte erhalten Extra-Pauschalen für die regelmäßige Dokumentation, was vor allem für den Hausarzt finanziell sehr interessant sein kann.

Ähnliches gilt für das DMP koronare Herzkrankheit (KHK), das zur Zeit eingeführt wird. Da Diabetes Typ-2 und KHK zu den häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland zählen, ergibt sich so für den koordinierenden Arzt die Chance, einen erheblichen Teil seiner Patienten in



Der Hausarzt als Lotse auf komplexen Pfaden, dargestellt am Beispiel des neuen Disease Management Programms für die koronare Herzkrankheit KHK.

qualitätsgesicherte und attraktiv vergütete Programme zu überführen. Verlierer sind eher Krankenhäuser, da deren Beteiligung in den beiden genannten DMPs gesetzlich auf ein absolut notwendiges Minimum reduziert wird. Krankenhäuser, die von den Krankenkassen keinen DMP-Vertrag erhalten, werden im Laufe der nächsten Jahre aus dem Versorgungssystem für häufige Krankheiten herausfallen, während diejenigen mit starken DMP-Schwerpunkten profitieren können.

Hinter dem Kürzel MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) verbirgt sich womöglich das „ambulant-stationäre Krankenhaus“ der Zukunft. Es zeichnet sich durch fächerübergreifende medizinische Rundum-Versorgung der Patienten aus und bietet gerade auch den diagnostischen Fächern wie Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie attraktive Zukunftsperspektiven (s. S. 101). Mit den MVZs könnten die Krankenhäuser den Verlust stationärer Leistungen, der ihnen möglicherweise durch DMPs entsteht, zumindest zum Teil kompensieren. Vor allem die Verknüpfung von MVZs mit der Integrierten Versorgung nach § 140 beinhaltet erhebliche Chancen. Der Pferdefuß: Alle im MVZ tätigen Ärzte müssen einen zugelassenen Arztsitz haben. Daher beginnen die Kliniken bereits, Arztsitze aufzukaufen.

Die Berufsordnung zieht nach: Nur auf Grund der neuen politischen Rahmenbe-

dingungen hat sich der 107. Ärztetag 2004 zu großen Reformen durchgerungen, die schon lange überfällig waren. Diese Änderungen zielen in die gleiche Richtung wie die politischen Reformen: Kooperation und Integration der Leistungserbringer.

Die wesentlichen Änderungen sind:

- Eine Praxis kann Kollegen / Kolleginnen auch anderer Fachgebiete anstellen.
- Ein Vertragsarzt darf neben dem Praxis-sitz an zwei weiteren Orten ärztlich tätig sein.
- Zusammenschluss auch in Teilgemeinschaftspraxen ist möglich
- Überörtliche Gemeinschaftspraxen können geschaffen werden, wenn an dem jeweiligen Praxis-sitz ein verantwortlicher Partner hauptberuflich tätig ist.

Für ein abschließendes Fazit ist es noch zu früh, aber es zeichnet sich ab, dass mit den Neuerungen sowohl des GKV-Modernisierungsgesetzes als auch der Berufsordnung für Ärzte neue Zeiten in der Gesundheitsversorgung anbrechen. Das politische Ziel ist klar: Die regionalen Leistungserbringer sollen enger zusammenarbeiten und ineffiziente Schnittstellen abbauen, Behandlungsabläufe sollen standardisierter und damit auch finanziell vorhersagbarer werden, Unternehmer mit kreativen Ideen sollen den Vorzug vor verkrusteten Ordnungshütern erhalten. Dabei stehen vielfältige und miteinander kombinierbare rechtliche Wege offen, so dass man eine Vorhersage getrost wagen darf: Die von alten Strukturen werden aufgebrochen – zur Freude der einen und zum Leid der anderen. ■



Dr. Herbert Hillenbrand,
Tel./Fax
06201-5920-55/-56
DrHillenbrand
@t-online.de

Der vorliegende Beitrag stammt aus einem Vortrag vor dem Regionalen Qualitätsforum Offenburg 2004, das von Roche Diagnostics gefördert wurde.

DRG 2005

Mehr Ausnahmen als Regeln

Das Deutsche DRG - System geht in die dritte Runde. Nachdem die G-DRG 1.0 noch ziemlich australisch waren, kann man mit Fug und Recht behaupten, dass die G-DRG Version 2005 „ziemlich deutsch“ ist.

Mangelnde Gründlichkeit kann man den Vertragsparteien und dem Institut für das Entgelt-system im Krankenhaus (InEK) beim zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz (2.FPÄndG) bestimmt nicht vorwerfen: Die neuen DRGs wurden mit rund 3 Mio. Fällen aus 148 Krankenhäusern kalkuliert, und als Ergebnis kam ein System heraus, das erheblich komplexer als seine australische Mutter ist.

Mittlerweile gibt es 878 DRGs: Neue kamen hinzu, alte wurde gestrichen oder nach geänderten Kriterien gesplittet bzw. „entsplittet“ (Umwandlung in Z-DRGs). Was auf den ersten Blick am meisten auffällt, sind diejenigen, bei denen der Aufwand nun über Prozeduren anstelle von Komplikationen und Nebendiagnosen (CC) festgelegt wird. Entsprechend ging die Bedeutung der „CCs“ von 53% aller DRGs auf 41% zurück.

Auffällig ist weiterhin die geradezu explosionsartige Vermehrung der Zusatzentgelte. Von ehemals 45 sind sie - je nach Zählweise - auf 75 bis über 100 angestiegen. Das gilt vor allem für teure Arzneimittel wie Blutpräparate oder Chemotherapie. Natürlich hat diese Ausweitung einen Haken: Die geplanten Entgelte werden vom Gesamtbetrag vor der Ermittlung des DRG-Budgets abgezogen, die Deckelung bleibt also bis auf weiteres erhalten.

Mit den Ausnahmeregelungen des 2.FPÄndG wird erneut deutlich, dass der Gesetzgeber für diejenigen, die nachweisen können, dass ihre Leistungen nicht abgebildet sind, einen Strauss von Ausnahmetatbeständen bereit hält. Das Prädikat „besondere Einrichtung“ wird für ganze Häuser oder Teile eines Krankenhauses gewährt, wenn z.B. die Verweildauern weit höher liegen als vorgesehen oder wenn bestimmte Vorhaltungen wie Stationen für hochkontagiöse Patienten im übergeordneten Interesse liegen.

33 individuell zu verhandelnde DRGs beinhalten den größten Teil der akutstationären Rehabilitation, wo dann in der Regel Tagessätze statt Pauschalen verhandelt werden. Teilstationäre Einrichtungen werden ebenfalls über Tagessätze abgerechnet. Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen (NUB) können nach



michael@drgcc.de

Dr. med. Michael Wilke: 2000 bis 2004 Leiter des DRG Competence-Centers München-Schwabing. Ab 1.1.2005 Leitung CC Health bei Rambøll Management, einem international agierenden Beratungsunternehmen mit Projekterfahrung in über 100 Ländern.

Prüfung durch das InEK individuell vereinbart werden, wenn von dort bestätigt wird, dass die Therapie nicht in den DRGs abgebildet ist, und schließlich gibt es im KHEntgG §6 einen neuen Absatz 2a, nach dem immer dann Anrecht auf Zusatzentgelt besteht, wenn die Kosten einer DRG die Erlöse um mindestens 50% übersteigen oder eine Leistung nur von sehr wenigen spezialisierten Häusern erbracht wird.

Hier sollte also für jeden, der berechtigt an der korrekten Abbildung seiner Leistungen im DRG-System zweifelt, etwas dabei sein.

Immer mehr Dokumentation

In der Abrechnungsrealität 2004 zeigte sich, dass die Kostenträger vielfach besser gerüstet waren als die Krankenhäuser: Die häufigsten Gründe für Rechnungszurückweisungen mit nachfolgender Prüfung durch den MDK waren Zweifel an der rechtmäßigen Kodierung vergütungsrelevanter Nebendiagnosen (s.S. 98). Hier muss das Krankenhaus eine durchgängige Dokumentation vorweisen, die den erhöhten Aufwand zweifelsfrei belegt. Häufig waren auch Fehlbelegungsverwürfe. Der aufnehmende Arzt muss „sorgfältig“ prüfen, ob die stationäre Behandlung überhaupt gerechtfertigt war. Die deutsche Abwandlung des Appropriateness Evaluation Protocols (G-AEP) spielt als Instrumente

von Einzelfallprüfungen (§275 SGB V) oder Stichprobenprüfungen (§17c KHG) hierbei eine wichtige Rolle.

Die Rolle der Diagnostik

Die Schlagzahl im gemeinsamen Boot der Diagnostik und Behandlung wird weiter steigen, aber grundsätzlich bleibt die hohe Bedeutung von Diagnosen im DRG-System unangetastet. An knapp der Hälfte aller PCCL-Splits sind weiterhin Komplikationen und Nebendiagnosen beteiligt, die vor allem ein schnelles und treffsicheres Labor benötigen. Zusätzlich kann der Schweregrad einer Erkrankung bereits bei Aufnahme einen Beitrag zur Erfüllung der G-AEP-Kriterien leisten. Die erhöhten Anforderungen an die Beweisbarkeit von (Neben-) Diagnosen verlangen nach wasserdichten diagnostischen Pfaden - auch für Verlaufskontrollen, um zu zeigen, dass ein „entgleister Diabetes“ oder ein Keimnachweis tatsächlich klinisch relevant war. Schließlich wird die bereits angesprochene Reduktion der Verweildauer den Ruf nach zeitnaher Diagnostik, wenn möglich am Krankenbett und in der Aufnahmestation, lauter werden lassen. Und vor der Krankenhaustür wartet bereits das MVZ, bestehend aus Labordiagnostik, Mikrobiologie, Pathologie und Radiologie als neuer Konkurrent - oder auch Partner. ■

mw

Neues vom Watchdog

In wenigen Wochen wird es ernst: Die Qualität der Kodierung wirkt sich ab 1.1.2005 unmittelbar auf das Budget der Krankenhäuser aus. Zeitgleich kommt deshalb eine DRG-Watchdog-Version heraus, die auf jeder Station einsetzbar ist. Sie trägt entscheidend zur Erlössicherung bei und ist weiterhin kostenlos.

Konvergenz und Konkurrenz

Ab 1. Januar 2005 wirken sich die DRGs erstmals auf das Krankenhausbudget aus: Im Rahmen der Konvergenzphase wird bis zum Jahr 2009 die bisherige Planwirtschaft durch marktwirtschaftlichen Leistungswettbewerb ersetzt. Dann sollen effiziente Krankenhäuser finanziell belohnt und ineffiziente bestraft werden. Soweit die Theorie.

In der Praxis gibt es viele Fragezeichen: Wie wirken sich die unterschiedlichen Anpassungsraten für Häuser mit guten und schlechten Zwischenergebnissen auf die Statistik aus? Auf welcher Basis wird der Basisfallwert berechnet (alle oder nur ausgewählte Krankenhäuser)? Und welche Rolle spielen die neuen Zusatzentgelte und Ausnahmetatbestände?

Eines ist sicher: Konvergenz und Konkurrenz werden alle bestrafen, indem sie die Basisfallwerte nach unten drücken, gleichgültig wie kompliziert gerechnet wird. Der Erlös für eine DRG ist weiterhin das Produkt aus Kostengewicht mal Basisfallwert, und beides ergibt sich aus statistischen Erhebungen. Wenn nun jedes Haus bemüht ist, möglichst hohe Kostengewichte je Patient zu erzielen und das Gesamtbudget aller Teilnehmer weitgehend gedeckelt bleibt, so muss der Basisfallwert sinken.

Unser Tipp: Die mittleren Erlöse je Fall werden nach unten konvergieren, aber diejenigen, die ihren individuellen Casemix mit Hilfe des DRG-Watchdog steigern und ihre Kosten durch Anbindung einer Kostenträgerrechnung senken, werden trotzdem die höheren Gewinne (oder geringeren Verluste) erwirtschaften.

Infos: ghoffmann@trillium.de

Der Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH) fördert den DRG Watchdog und die zugrundeliegenden Studien seit dem Jahr 2000, als das deutsche DRG-System geboren wurde. Der „Wachhund“ wird von Trillium in Kooperation mit dem DRG Competence-Center München-Schwabing entwickelt und kostenlos im Internet zur Verfügung gestellt. Seine Aufgabe ist es, deutschen Krankenhäusern einen Weg durch den Dschungel der Fallpauschalenabrechnung zu weisen und Alarm zu schlagen, wenn durch unvollständige Erkennung, Kodierung oder Dokumentation von Nebendiagnosen der Fallerlös gefährdet ist. Wie gern diese Dienstleistung angenommen wird, beweisen Tausende von Online-Suchläufen pro Monat im Internet (www.watchdog-online.de).



Ab dem Jahr 2005, also in wenigen Wochen, werden DRGs erstmals budgetrelevant. Unabhängig von der eher düsteren Prognose, die sich aus Konvergenz und Konkurrenz ergibt, gilt im Wettbewerb der Häuser untereinander, dass nur der die Nase vorn haben kann, der besser als die Mitbewerber wirtschaftet. Das heißt, er muss quantitativ mehr und qualitativ wertvollere Fälle zu günstigeren Kosten behandeln. Der Begriff „mehr und wertvoller“ wird durch den sog. Casemix konkretisiert, das ist die Summe aller in einem Jahr abgerechneten Kostengewichte. Hier setzt der Watchdog an, denn er hilft dabei, das jeweils höchste Kostengewicht, das ein bestimmter Fall aufgrund seiner Schwere erzielen kann, auch tatsächlich abrechnen zu können. Die Fallschwere einer DRG ergibt sich bekanntlich ganz wesentlich aus der Summe der Nebendiagnosen und Komplikationen – und genau diese sind in der Datenbank des Programms hinterlegt.

Für alle Häuser, die noch mit zu hohen Fallkosten und zu geringem Casemix kämpfen, wird die Zeit knapp. So ist es nicht verwunderlich, dass die Anfragen nach einer lokal einsetzbaren Watchdog-Version in letzter Zeit stark zugenommen



Dr. Volker Oeding, Vorsitzender und Dierk Meyer-Lüerßen, Geschäftsführer des VDGH.

haben. Zwar gibt es seit 2003 bereits ein Excel-Programm, das von der Trillium-Website (www.trillium.de) jeden Monat etwa 100 mal herunter geladen wird. Es erfüllt jedoch allenfalls die Anforderungen an ein gutes Demoprogramm. Für die tägliche Arbeit auf Station wird nach Aussage der Interessenten eine Software von der Qualität der Online-Version benötigt, die im Netz des Krankenhauses eingesetzt und von zentraler Stelle aus gepflegt werden kann. Diesem Wunsch kommen wir gern nach: Ab 1.1.2005 wird die Version 4 zur Verfügung stehen, zunächst für etwa drei Monate für einen ausgewählten Kreis von Beta-Testern und dann für die Allgemeinheit. Auch dieser Service wird kostenlos sein. Lediglich Schnittstellen zur lokalen Krankenhaus- und Labor-EDV müssen auf eigene Kosten gemeinsam mit dem jeweiligen Hersteller geschaffen werden.

Wir werden oft gefragt, warum ein Verein, der eigentlich die deutsche Diagnostica-Industrie vertritt, eine Software zur Erlössicherung von Krankenhäusern finanziell unterstützt. Die Antwort ist einfach: Durch diese Initiative wollen wir den hohen Stellenwert der Labordiagnostik für die medizinische Versorgung im Krankenhaus unter Beweis stellen, und zwar ohne Eigenlob oder erhobenen Zeigefinger – der Watchdog soll für sich selbst sprechen.

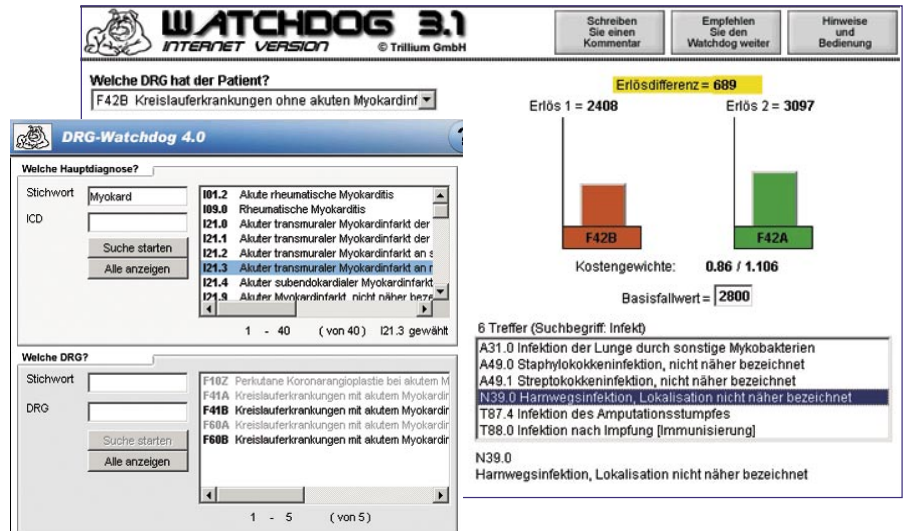
Eine kürzlich von Hoffmann et al. publizierte Studie (Clin Lab 2004;50:599-607) hat unter dem Titel „The Significance of Laboratory Testing for the German Diagnosis-Related Group System“ die bemerkenswerte Feststellung gemacht, dass

62% aller vergütungsrelevanten Nebendiagnosen ausschließlich oder vorwiegend durch Laborwerte gestellt werden. Dazu gehören Keimnachweise und Virustiter, Blutgas- und Elektrolytbestimmungen, Hämoglobin und Differentialblutbild u.v.m. Sonderdrucke der Studie können beim VDGH angefordert werden.

Die Zahl von 62% deckt sich übrigens erstaunlich gut mit einer früheren Angabe von Prof. Kruse-Jarres, dem Präsidenten der MEDICA, wonach auch aus medizinischer Sicht etwa zwei Drittel aller Diagnosen im Krankenhaus auf Laborwerten basieren. Die neue Publikation schließt somit den Kreis zwischen medizinischer Versorgung und betriebswirtschaftlichem Ergebnis im Krankenhaus. Um medizinische Diagnostik und Fallerlös effizient und dauerhaft zu koppeln, wird der neue Watchdog um eine wichtige Funktionalität erweitert: Jedes Krankenhaus – und wenn es sein soll, sogar jede Abteilung – kann in einer lokalen Datenbank eigene klinische Pfade hinterlegen. Durch gezielte Empfehlungen für die aussagekräftigsten Tests wird gesichert, dass zu jeder DRG neben der Hauptdiagnose auch die Nebendiagnosen erfasst werden. Wenn diese Pfade dann noch über geeignete Schnittstellen direkt mit dem Laboranforderungssystem gekoppelt werden und die Kodierung von pathologischen Befunden in Form von ICD-Ziffern computergesteuert erfolgt, dann ist ein wesentlicher Schritt in Richtung Erlössicherung getan.

Zwei abschließende Bemerkungen:

Die diagnostischen Empfehlungen und Pfade, die in den Watchdog eingegeben werden können, beschränken sich nicht auf das Labor. Das Programm ist so ausgelegt, dass es Freitexte aufnimmt, die man wahlweise manuell eingeben oder aus externen Quellen laden kann. Allerdings spricht einiges dafür, dass die Mehrzahl der



Mit Tausenden von Besuchen pro Monat sehr beliebt: Der Internet-Watchdog Version 3 (www.watchdog-online.de). Ab 2005 wird es zusätzlich eine Download-Version 4 geben, die lokal installiert werden kann. Sie soll als neue Option einen Filter enthalten, der nach Auswahl einer Hauptdiagnose nur noch DRGs anzeigt, die für den jeweiligen Patienten in Frage kommen. Schwarz dargestellt sind DRGs, bei denen die Kodierung von Nebendiagnosen zu höherer Vergütung führt. Graue Schrift besagt, dass die DRG entweder nicht mehr höher vergütet werden kann (z.B. Endbuchstabe A oder Z) oder dass die Höhervergütung durch andere Faktoren bestimmt wird (z.B. Alter des Patienten).

künftig verwendeten diagnostischen Pfade Labordiagnostik beinhalten wird, und zwar nicht nur wegen des Laboranteils von 62% an den erlösrelevanten ICD-Ziffern. Die Anforderung von Laborwerten ist auch besonders leicht zu standardisieren und mittels EDV zu unterstützen, sie ist objektiv, man kann sie schwarz auf weiß und damit „MDK-sicher“ dokumentieren, und obendrein gibt es wenige andere Verfahren, die in so kurzer Zeit zu so geringem Preis diagnostische Daten liefern.

Die technische und organisatorische Abwicklung der Watchdog-Installation muss in den Händen der einzelnen Häuser bleiben, so wie dies in der Vergangenheit

auch bei der Excel-Version der Fall war. Der VDGH wird allerdings Fachleute benennen, die bei Problemen Rat und Hilfe anbieten können – soweit dies im Rahmen einer Non-Profit-Aktivität möglich ist, auch weiterhin kostenfrei. ■

Bitte beachten Sie unsere neue Anschrift ab Dezember 2004:
 VDGH - Verband der Diagnostica-Industrie e.V.
 im VCI (Haus der Chemie)
 Karlstraße 21
 60329 Frankfurt am Main
 Telefon: 069/2556-0
vdgh@vdgh.de (unverändert)

Ein Wachhund macht Karriere

Der Begriff „Watchdog“ wird im Jargon der Internet- und Softwaregemeinde allgemein „für eine Komponente eines Systems verwendet, die die Funktion anderer Komponenten beobachtet und bei möglichen Fehlfunktionen eine Warnung, Alarmierung oder andere geeignete Maßnahmen einleitet“ (www.wikipedia.de). Im engeren Sinne schlägt der DRG-Watchdog bei fehlerhafter oder unvollständiger Kodierung eines DRG-Falls Alarm, um eine unzureichende Vergütung anzuzeigen. Dieser Wachhund steht in den Rankings der Internet-Suchmaschinen mittlerweile ganz weit oben. Es lohnt sich,

das Wort „DRG-Watchdog“ einmal bei www.google.de einzutippen und die rund 100 Fundstellen anzuklicken. Auf Platz 1 rangiert meist erwartungsgemäß die Originalseite www.trillium.de, doch danach folgen zahlreiche interessante Links in täglich wechselnder Reihenfolge, beispielsweise zur Universität Bonn, zum Labor Dr. Seelig, zur DRG-Zeitung MedInfoWeb oder zum DRG-Informationssdienst myDRG. Auch der VDGH ist mit mehreren Verweisen vertreten. Noch eindrucksvoller ist ein Besuch beim Internet-Lexikon www.websuche.de: Gibt man hier nur „Watchdog“ ohne den Zusatz DRG ein, so werden nahezu



Markus Kammann, Informatiker bei Trillium und Vater des Internet-Watchdog.

3000 Treffer angezeigt, unter denen der DRG-Watchdog stets auf den vordersten Plätzen auftaucht. Solche Watchdogs gibt es auf zahllosen Computersystemen der Welt. Dass sich der DRG-Watchdog bei solcher Konkurrenz unter die Top-Ten arbeiten konnte, ist eine bemerkenswerte Karriere.