

Konvergenz am Ende?

Mit dem GKV-Reformgesetz 2000 sind auch die Ziele des G-DRG – Systems klar definiert worden: Leistungstransparenz, gerechte Vergütung, mehr Qualität. Entsprechend – in absteigender Reihenfolge – kann man auch den Erfolg zum derzeitigen Stand beurteilen.

Wir Deutschen haben a) ein System etabliert, das wie kein zweites in der Welt Varianzen in den Kosten erklären kann, das b) durch allerlei Sondertatbestände (Zusatzentgelte, Innovationsfinanzierung etc.) für eine einigermaßen gerechte Vergütung sorgt - erkennbar am „Konvergieren“ der Basisfallwerte unterschiedlicher Krankenhaus-Typen - und das c) immerhin einen ersten Schritt in Richtung Qualität getan hat. Zu bemängeln ist beim letzten Punkt vor allem, dass die Qualitätsberichte trotz weltweiter Einmaligkeit für den einzelnen Patienten nicht unbedingt eine Entscheidungshilfe darstellen.

Leider ist auch Punkt zwei noch nicht perfekt gelöst, denn ein bundesweiter Länderbasisfallwert erscheint wegen struktureller Unterschiede Zukunftsmusik. Ist also die Idee der Konvergenzphase am Ende? Das nicht, aber es besteht doch Anlass zur Sorge. Gerade große und größte Krankenhäuser sind 2008 noch nicht beim Landesbasisfallwert angekommen,

weil die „Kappungsgrenzen“ ihren Verlust während der Konvergenzphase begrenzt haben. Würde man diese Häuser fristgerecht auf einen Schlag konvergieren lassen, käme es zu Verwerfungen.



Bedeutsamer ist aber der aktuelle Trend zum „selektiven Kontrahieren“: Die Krankenkassen sollen in die Lage versetzt werden, mit den Leistungserbringern zu definierten elektiven Leistungen (welche das sind, ist noch unklar) direkte Verträge abzuschließen. Bisher betont die Politik, dass es dadurch - zunächst - keinen Preiswettbewerb geben werde, aber ein Einstieg in selektive Leistungsverträge wäre ganz klar der erste Schritt in einen Preiskampf, der der GKV und einigen hoch effizienten Leistungserbringern sehr gelegen käme.

Kommt es also zu den viel zitierten „Höchstpreisen“, dann wird sich die Krankenhauslandschaft schneller nachhaltig verändern, als die Väter der bisherigen Regelungen sich das jemals vorstellen konnten.

Das wäre dann, so böse es klingt - das Ende des Konvergenzgefassels.

Dr. Michael Wilke
inspiring health, München
www.d-w-g.de

Die Beiträge zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhäuser sind in der öffentlichen Diskussion nicht selten interessengesteuert und ideologiebefrachtet. Ebenso kommen auch unrealistische Wunschvorstellungen zum Ausdruck. Niemand kann sich ganz von diesen Dingen frei machen. Es kommt aber nicht darauf an, wer Recht hat, sondern was richtig ist. Und was richtig ist, muss sich an den Zielen unserer Gesundheitsversorgung messen lassen.

Der Verband der Krankenhausdirektoren in Deutschland (VKD) mit seinen knapp 3.000 Mitgliedern versucht, einen Beitrag zu leisten, um übergeordnete Ziele der Gesundheitsversorgung mit möglichst effizienten Strukturen und Prozessen zu erreichen. Insgesamt spricht sich der VKD für eine behutsame Weiterentwicklung der Reformen aus. Dazu gehört vor allem die Beendigung der Konvergenzphase in 2009 mit landesweiten Festpreisen. Der Wettbewerb läuft über Qualität in den Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, nicht über die Preise. Weitere Punkte, die uns wichtig sind, lesen Sie auf der nächsten Seite.

Bei allen Bemühungen um Effektivität und Effizienz bedarf es auch der Sensibilität für das menschliche Umfeld. Ökonomie ist dafür Voraussetzung, darf jedoch nicht zum Selbstzweck werden.



Heinz Kölking
Präsident VKD

swisslab

Medizinische Informationssysteme

www.swisslab.de | tel. +49-30-62 60 10

Zentrallabor
Mikrobiologie
Transfusion
Pathologie



Universitätskliniken
Krankenhäuser
Facharztlabore

Labordiagnostik und Pathologie aus einer Hand

Konvergenzphase - was kommt danach?

Unsichere Zeiten

Beim 15. VKD/VDGH-Führungskräfte-seminar in Bonn blickten Vertreter der Krankenhäuser, der Krankenkassen und der Bundesregierung versuchsweise in die Zukunft. Ihre kontroversen Aussagen über die Zeit nach der Konvergenzphase bekräftigten den Untertitel der Tagung: „Es bleibt spannend“.

In den Krankenhäusern herrscht Unsicherheit über die Zeit nach der Konvergenzphase. Ob endlich wieder mehr Sicherheit oder weiterer existenzieller Wettbewerb zu erwarten ist, diskutierten rund 120 Teilnehmer Ende Februar auf einem gemeinsamen Führungskräfte-seminar der Verbände der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und der Diagnostica-Industrie (VDGH) in Bonn. VKD-Präsident Heinz Kölking und Dr. Peter Steiner von der Deutschen Krankenhausgesellschaft waren sich einig, dass nur bundesweite Festpreise dauerhaft eine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Kölking forderte zudem eine Weiterentwicklung sektorenübergreifender Vergütungskomplexe, Beibehaltung der Kontrahierungspflicht der Kostenträger im Rahmen einer Krankenhausrahmenplanung und den Ersatz der Grundlohnrate durch einen Index, der die allgemeinen Kostensteigerungen im Landesbasisfallwert abbildet.

Solches Sicherheitsdenken wollte Klaus Spörkel von der Deutschen Angestellten-Krankenkasse erwartungsgemäß nicht unterstützen und plädierte im Gegenteil für ein Höchstpreissystem mit Preiswettbewerb. Staatssekretär Dr. Klaus-Theo Schröder prophezeite schließlich für längere Zeit unterschiedliche Länderfallwerte, da zwischen Ballungsräumen und dem flachen Land noch immer große Unterschiede bestünden. Der Risikostrukturausgleich

(RSA) lasse sich nicht zementieren, sondern müsse angepasst werden.

Nicht minder unterschiedlich waren die Auffassungen über Monistik versus duale Finanzierung zur Auflösung des Investitionsstaus. Die DKG (Dr. Steiner) war für den Umstieg auf Monistik, das Bayerische Sozialministerium (Dr. Knorr) und die Sana-Kliniken AG (Dr. Philippi) halten eine Beibehaltung des dualen Systems für unumgänglich.

Die Leistungen der Diagnostica-Industrie für den Wettbewerb um Diagnose-basierte DRG-Vergütungen unterstrichen VDGH-Vorstandsmitglieder Matthias Borst (BD) und Stefan Wolf (Dade Behring/Siemens). Mit innovativen Tests, IT-gestützter Prozessoptimierung und nicht zuletzt der vom VDGH initiierten Internetdatenbank *DRG Watchdog* (www.watchdog-online.de) leistete sie einen Beitrag zum verbesserten medizinischen und ökonomischen Outcome im Krankenhaus.

Anregung zum Schmunzeln

Besonders einprägsam waren Anleitungen zur Markenbildung für Krankenhäuser von Claus Eppmann (PRODIAKO), Dr. Thomas Mansky (Helios Kliniken) und Dr. Ralf-M. Schmitz (Klinikum Stuttgart), wobei eine Anregung zum Schmunzeln von Schmitz herausstach: In der Knieprothetik sei neben dem „normalen“ (männlichen) Knie auch das in zarten Nuancen abweichende weibliche Knie als „Wettbewerbsvorteil“ vorzuhalten sowie ein Spezialknie für Moslems, das stärker beansprucht werden könne und einen höheren Beugungswinkel als die üblichen 120° habe.

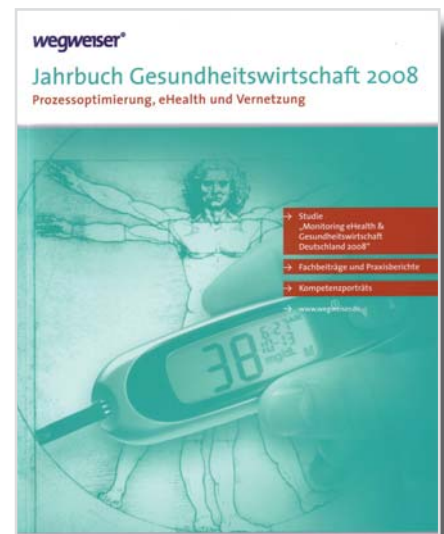
Walter Depner, Frankfurt
walter.depner@t-online.de

Download der Vorträge: www.vdgh.de

Gesundheitswirtschaft 2008

Umfrage bei Krankenhäusern und Krankenkassen

Das alljährlich erscheinende „Jahrbuch Gesundheitswirtschaft“ aus dem Wegweiserverlag Berlin ist auch 2008 wieder aufschlussreich und lesenswert. Es zeichnet ein sehr unterschiedliches Stimmungsbild der befragten 115 Krankenhäuser, 49 Krankenkassen, 39 Apotheken und 94 niedergelassenen Ärzte.



Lesenswertes Stimmungsbarometer, zu beziehen unter www.wegweiser.de

Gravierendster Unterschied: Nur 28% der Krankenhäuser, aber 57% der Krankenkassen schätzten ihre wirtschaftliche Lage gut ein. Wie immer geht das Jahrbuch vor allem auf IT-Themen ein. Hier ziehen Krankenhäuser und Krankenkassen bei der Investitionsneigung gleich. Die elektronische Gesundheitskarte ist das Hauptmotiv für die Kassen und – zur Überraschung der Autoren – auch für die Apotheken (elektronisches Rezept). Niedergelassene Ärzte bleiben weiterhin eher eGK-Muffel.

gh

Mit Konsequenz, Nachdruck und allem erforderlichen Know-How sorgen wir von Medizininkasso dafür, dass nach eigenen Klinik-, Praxis- oder Institutsmahnungen noch offene Liquidationen ganz überwiegend doch noch bezahlt werden, ohne den teuren und langwierigen Gerichtsweg zu gehen.

Unsere Leistungen sind Ihr Vorteil:

- Umfangreiche Erfahrungen mit dem Einzug unbezahlter Privat-Liquidationen
- Hohe Erfolgsquoten
- Bearbeitung von Kleinforderungen ab 10 €
- Professionelles Telefon-Inkasso
- Vereinbarung, Abwicklung und Überwachung von Ratenzahlungen
- Bonitätsprüfung und Adressermittlung
- Langfristige Schuldnerüberwachungen bei titulierten Forderungen (Vollstreckungsbescheide)
- Erfolgsorientierte Tarife
- Beauftragung nur bei Bedarf
- Keine Fixkosten durch Beiträge etc.



Fach-Inkassostelle für
 Medizinberufe und Kliniken

Unbezahlte Privat-Liquidationen in Krankenhaus und Diagnostik ?

Ausführliche Unterlagen erhalten Sie kostenlos und unverbindlich bei Medizininkasso Schlotmann & Sterz GmbH, Kaiserstrasse 29, 63065 Offenbach, Telefon 0 69/75 08 87-0, Fax 0 69/75 08 87-77 oder unter www.medicininkasso.de

Leserbrief

Hausgemacht

Der Beitrag „Neue Welle“ in der letzten Trillium-Ausgabe erzielte nicht nur eine hervorragende Note 1,88 in unserer Leserbewertung, sondern löste auch zahlreiche Kommentare und Anfragen aus. Stellvertretend für alle sei hier eine kritische Stellungnahme abgedruckt.



Ist der immense Druck, unter dem medizinische Großlaboratorien stehen, womöglich ein hausgemachtes Problem?

Die aktuelle Konsolidierungswelle der Labore gilt als Zeichen der logischen Restrukturierung des Marktes, doch die gesetzlich verordnete Spielweise von Kooperationen und Beteiligungen, MVZ, Betreibergesellschaft, überregionale Gemeinschaftspraxis und alle Variationen, die es auch im Vorfeld bereits gab, sind für Außenstehende zu einem unübersichtlichen Dickicht geworden. Mit dem Argument der Effizienz wird eine bestehende, klassisch freiberuflich Struktur soweit gefleddert, dass der einsendende Arzt nicht mehr erkennen kann, welchen Weg im logistischen Proben-tourismus seine Analyse durchlaufen hat. Sarkastische Anmerkungen, die Probe werde umso besser, je weiter sie transportiert wird, sind keine Seltenheit.

Von den Laborbetreibern heißt es, man könne ohne „Kooperation“ dem Preisdruck auf dem Markt kaum noch standhalten. Doch dieses Problem kommt nicht von außen, sondern ist seit langer Zeit hausgemacht. Hatte man sich am regionalen Stammstisch der Laborinhaber noch gemeinsam über die niedrigen GOÄ Sätze im Krankenhausbereich echauffert, so gab es immer einen, der die Kollegen anschließend zur Vergrößerung seiner Marktanteile unterbot. Dadurch schrumpften die Divi-

denden so weit, dass die hohe Qualität in der Abarbeitung kaum noch zu halten war – vor allem dann nicht, wenn die angebotenen GOÄ-Rabattierungen unterhalb der EBM-Vergütung lagen.

Um den Preisdruck auszugleichen, mussten die Labore konsequenterweise an qualifiziertem Personal sparen und versuchen, den Preisverfall an die Diagnostikhersteller weiter zu geben. So ist es kein Wunder, dass nur die günstigsten Reagenzien auf automatisierten Geräten zum Einsatz kommen, hochwertige Analysemethoden zu wenig Anklang finden und kleine bis mittelständische Diagnostikunternehmen, die innovative Produkte für attraktive Nischenmärkte entwickelt haben, von der Konsolidierungswelle infiziert werden. Laborbetreiber, die

sich in medizinischer Verantwortung für hochwertige Reagenzien und qualifiziertes Personal entschieden haben, werden von der Politik mit der Forderung nach weiterer Absenkung im GOÄ und EBM Bereich zusätzlich abgestraft. Die gesetzlichen Auflagen sind enorm, unumgänglich und sehr kostenintensiv. Entgegen der allgemeinen Tendenz, Qualität und Innovation durch höhere Preise auszugleichen, gehen deshalb die Preise in der Laborwelt weiter in den Keller.

Die Entwicklung ist klar: Der Markt verliert mehr und mehr an gesundem Wettbewerb, da nur noch Niedrigstpreise zu zählen scheinen. Offenbar hat kaum jemand den Mut, ein adäquates Honorar für hochwertige Diagnostik zu fordern. Aber genau das ist der Weg, den zu gehen sich auf Dauer lohnen wird, denn am Ende steht immer noch die medizinische Versorgung des Patienten, und er ist der Einzige, der zählt und zahlt. Alles.



Heike Lohmeyer
Betriebsfachwirtin
heike.lohmeyer@mash-siegen.de

Notizen vom SWISSLAB Anwendertreffen in Mainz

4.-5. März 2008

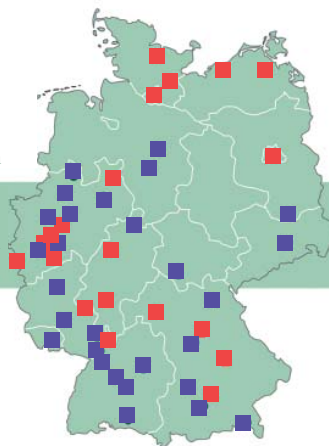
Rund 20 Jahre lang hatte Prof. W. Vogt vom Dt. Herzzentrum München die jährlichen Swisslab-Anwendertreffen ausgerichtet, ehe DGKL-Präsident Prof. K. Lackner von der Universität Mainz dieses Jahr den Staffelstab des Emeritus übernahm. Das Treffen war wie eh und je vom Inhalt her hochkarätig und mit etwa 100 Teilnehmern aus ganz Deutschland sehr gut besucht.

Wie ein roter Faden zog sich durch alle Vorträge die Selbstverständlichkeit, mit der die Anwender auf papierlose Auftragsabwicklung („Order Entry“) umgerüstet haben. Die für Deutschland ungewohnt hohe Dichte an Lauris-Installationen mag etwas mit der starken Präsenz universitärer High-End-Einrichtungen zu tun haben, spricht aber auch für die Nützlichkeit dieses einfach zu erlernenden und mächtigen Werkzeugs.

Als Hauptbotschaften des Gastgebers Ulrich Reder nahm das Auditorium zwei Punkte zur Zukunftsausrichtung des Berliner IT-Unternehmens mit: Die regionale Vernetzung von Laboratorien und Krankenhäusern schreitet rasch voran, und die Fachgrenzen zwischen Labormedizin, Mikrobiologie, Transfusionsmedizin, Pathologie und Humangenetik weichen auf.

Krankenhausverbund
Krankenhausketten
Facharzt - Krankenhaus
MVZ
Internat. Kommunikation

■ Universitätsklinikum
■ Krankenhaus, Facharzt



Reder prägte dafür den Begriff *Diagnostische Informationsplattform*. Er beinhaltet neben der interdisziplinären Ausrichtung auch eine technologische Ausweitung der reinen IT-Lösungen in Richtung Workflow-Management und Probenverwaltung. Drei führende Hersteller stellten in diesem Rahmen ihre Automationssysteme zur Diskussion (Abbott, Siemens, Roche) und wurden ergänzt durch ein robotisches Probenlager der Swisslab-Firmengruppe mit dem Namen *Swisslas* (LAS=Laborautomationssystem). Mit dem Slogan „Labordiagnostik und Pathologie aus einer Hand“ (s.S. 11) verbindet sich letztlich auch die zunehmende Betonung multimedialer Komponenten, wobei Bild- und Sprachverarbeitung nicht nur dem befundenden Pathologen, sondern auch dem Laborarzt zugute kommen.

Von Komplikationen, die nicht lohnen

Mit der Einführung der DRGs in Deutschland begann die Jagd nach „lukrativen Nebendiagnosen“. Daraus entstand vor allem auf Seiten der Kostenträger und Gesundheitspolitiker der Eindruck, Komplikationen würden regelrecht belohnt. Dass dies keineswegs der Fall ist, wird am Beispiel nosokomialer Infektionen gezeigt.

Wer sich dem Thema ohne ideologische Scheuklappen zu nähern versucht, der wird feststellen, dass die im Krankenhaus erworbenen „nosokomialen“ Infektionen (NI) tatsächlich immer in den TOP 10 der schweregradrelevanten Nebendiagnosen auftauchen. Dies ist ein Zeichen dafür, dass diese Erkrankungen stationäre Fälle deutlich teurer machen. In nicht wenigen DRGs lässt sich bei Vorliegen und Kodieren einer NI deshalb folgerichtig auch ein deutlich höherer Erlös erzielen.

Den Mehrerlös auszurechnen ist leicht. Schwieriger ist schon die Frage, ob die zugrunde liegenden Komplikationen auch profitabel sind. Wer sich nur auf den bestmöglichen Erlös und den damit verbundenen Kodieraufwand fokussiert, lügt sich in die eigene Tasche; was zählt, sind die Gesamtkosten des Falles. Abhilfe schaffen die vielfältig auf dem Markt verfügbaren Werkzeuge zur Planung und Überwachung des Leistungsgeschehens, DRG-Managementsoftware also. Sie führen selbstverständlich bei der Optimierung der Erlöse eine korrekte Abrechnung durch, sofern das Krankenhaus über belastbare Kostendaten oder besser noch über eine Kostenträger- und Prozesskostenrechnung verfügt. Dies ist leider noch längst nicht immer der Fall.

Bei aller diagnosen- und therapiebezogenen Klassifizierung der Krankenhausbehandlungen kann man Mehrkosten, die durch Komplikationen verursacht werden, immer noch am einfachsten mit der Verweildauer im Krankenhaus assoziieren, auch wenn diese nicht 1:1 mit den Behandlungskosten korreliert. Wir haben in der nebenstehenden Untersuchung nosokomiale Pneumonien (NKP) in der inneren Medizin sowie postoperative Wundkomplikationen (ICD T80-T88) in der Chirurgie unter die Lupe genommen. Die Datengrundlage bildeten 2743 internistische und 1933 chirurgische Behandlungsfälle aus dem Jahr 2007 in einem Modellkrankenhaus. Die DRG-Vergütungen wurden unter Verwendung der realen Daten am Computer simuliert.

Das durchaus überraschende Ergebnis: Verweildauer und CaseMix Index (CMI) stiegen zwar mit den untersuchten Komplikationen erwartungsgemäß an, der Erlös pro Tag jedoch sank ab, da die Verweildauer stärker als der zu erwartende CMI zunahm. Nebenbefundlich resultierte in beiden Abteilungen eine deutliche Steigerung der Krankenhausletalität.

Massive Unterdeckung

Nimmt man im Idealfall an, dass der Erlös pro Tag im Abteilungsmittel kostendeckend sei, so ergibt sich für die beobachteten 500 Fälle mit Komplikationen eine Unterdeckung von fast einer halben Million Euro – eine klare Widerlegung der These, dass Komplikationen „belohnt“ würden. Die Berechnung mit eigenen Hausdaten kann von jedem Medizincontroller, der über eine DRG Managementsoftware verfügt, mit ein paar Mausklicks nachvollzogen werden und wird kaum ein anderes Ergebnis liefern: Fälle mit Komplikationen sind nicht als profitabel zu bezeichnen.

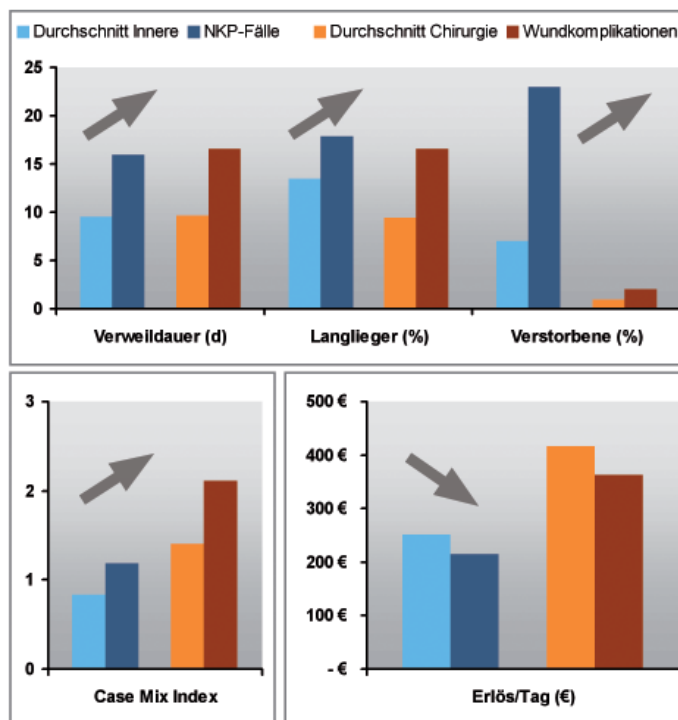
Auch wenn die Fallkosten in unserem einfachen Modell nicht explizit bekannt waren, sondern über der Verweildauer ge-

schätzt wurden, kann man getrost davon ausgehen, dass die untersuchten Komplikationen allein durch Antibiotikagabe überproportional nach oben getrieben werden. Somit öffnet sich die Kostenschere nur noch weiter. Für Probleminfektionen, z.B. mit multiresistenten Keimen, liegen valide Studien vor, wonach Antibiose und Isolierung der Patienten Mehrkosten von 10.000 Euro pro Aufenthalt verursachen, die nicht über die höhere Bewertung im DRG-System abgefangen werden.

Sollte mit der nächsten Gesundheitsreform die Qualität tatsächlich mit zu einem entscheidenden Wettbewerbsfaktor werden, kommt hinzu, dass die Komplikationsraten bei den zu erwartenden Ausschreibungen für elektive Leistungen durchaus das Zünglein an der Waage sein können. In der Konsequenz wird es also notwendig sein, eher in Maßnahmen, die Krankenhausinfektionen verhindern, zu investieren, als sich der trügerischen Verlockung von „höheren“ DRGs bei Komplikationen hinzugeben.

Selbstverständlich ist nicht jede Komplikation vermeidbar, medizinisch gesehen hängt das Auftreten einer solchen auch stark von den vorhandenen Komorbiditäten ab. Dennoch sind sich Hygieniker und Infektiologen durchaus einig, dass die Rate an Krankenhausinfektionen wirkungsvoll gesenkt und das Outcome der Patienten durch frühzeitige adäquate Therapie verbessert werden kann.

Hier zeigt sich also ein Handlungsfeld, in dem die Krankenhäuser ganz abseits von Personaleinsparungen oder Preisdruck bei Dienstleistern wie dem Labor Geld sparen und die Qualität verbessern können. Eine klassische win-win Situation für alle Beteiligten, sogar für den Patienten...



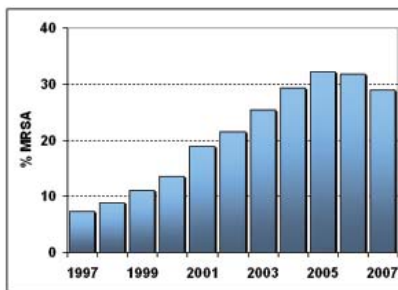
Alles steigt - nur der Erlös pro Tag sinkt: Durch Hospitalinfektionen nehmen in der Inneren Medizin und Chirurgie Verweildauer, Letalität und folgerichtig auch die DRG-Gesamtvergütung (CMI) zu, aber unter dem Strich verlieren die Abteilungen Geld, weil der Mehrerlös die höheren Kosten nicht auffängt.

mw

MRSA-Infektionen

Trend gestoppt

Der nebenstehende Beitrag schildert auf eindrucksvolle Weise die ökonomische Bedeutung von Hospitalinfektionen. Auch wir tragen selbstverständlich als Laborpartner zahlreicher deutscher Krankenhäuser zur sachgerechten DRG-Vergütung bei, indem wir auf unseren Befundausdrucken die relevanten ICD-Kodes mit Kodierhinweisen für bestimmte Resistenztypen (z.B. MRSA, VRE, ESBL) ausgeben.



Die Kodierung ist allerdings der letzte Schritt der Prozesskette und speziell bei nosokomialen Infektionen auch das Eingeständnis einer in den Industrienationen nicht wirklich beherrschten medizinischen Problematik. Mit dem vermehrten Auftreten Oxacillinresistenter Staphylokokken (MRSA) starteten wir vor über zehn Jahren eine systematische Erfassung, deren Ergebnis aus der

Grafik hervorgeht. Enthielt anfangs „nur“ etwa jedes zehnte S-aureus-Isolat MRSA, so war es im Kulminationspunkt 2005 jedes dritte! Diese Zunahme ist bekanntermaßen auf gestiegenen Antibiotikaverbrauch, Zunahme immunsupprimierter Patienten, Intensivbehandlung und leider auch mangelnde Information zwischen den behandelnden Einrichtungen zurückzuführen. Dass man diesem Trend nicht tatenlos zusehen muss, zeigt der Abfall der Kurve in den letzten Jahren. Jeder Säule liegen Ergebnisse aus rund 10.000 Isolaten zugrunde, so dass man kaum von Zufall sprechen kann.

Der Erfolg ist v.a. auf MRSA-Screeningprogramme mit molekularbiologischen Techniken sowie gezielte Hygieneempfehlungen zurückzuführen. Durch PCR-Diagnostik senken wir die Zeit bis zur Diagnosestellung erheblich, Leitlinien zur Antibiotikatherapie auf Basis der lokalen Keim- und Resistenzstatistik entwickeln wir hausspezifisch und nehmen auf Wunsch auch an den Sitzungen der Arzneimittel- und Hygienekommissionen teil. Beides ist neben der verbesserten Hygienesituation auch ein Beitrag zur Ökonomie, da der Antibiotikaverbrauch sinkt und die Liegezeit bzw. Isolierungsdauer verkürzt wird.

Dres. M. Hofelder und A.-M. Fahr
FÄ für Mikrobiologie
www.labor-imbach.de

Analyse des DRG-Systems

Und es lohnt sich doch

Wenn schon die DRG-Erlöse bei Komplikationen den Mehraufwand nicht voll decken, so ist es umso wichtiger, jeden Euro zu sammeln. Bei einem Viertel aller DRGs lohnt es sich 2008, zweimal hinzuschauen, wenn man kodiert.

Die DRG-Version 2008 unterscheidet sich in einem ganz wesentlichen Punkt von ihrer Vorgängerin: 78 vergütungsrelevante Diagnosen wurden aus der CCL-Matrix gestrichen oder in ihrem Wert abgesenkt, so dass beliebte „Erlösbringer“ wie E.-coli- oder Harnwegsinfekt dieses Jahr keinen Effekt mehr haben. Erste Details waren in unserer Dezemberausgabe unter dem Titel „Schöne Überraschung“ nachzulesen.

Mittlerweile ist auch die systematische Analyse im Rahmen des DRG-Watchdogprojekts abgeschlossen und steht wie alle Jahre kostenlos unter www.trillium.de zur Verfügung (s.S. 34). Etwa ein Viertel der 1.137 DRGs wird demnach durch

Kodierung von Nebendiagnosen in der Vergütung beeinflusst, wobei sich das Maximum der Kostengewichte um etwa 1,0 erhöht. Das korrespondierende Mehrerlöspotenzial von etwa 2.500 Euro je Fall rechtfertigt es als unbedingt, genau hinzuschauen und im Zweifelsfall den Watchdog zu Rate zu ziehen..

Leider immer noch nicht ausgemerzt sind Mindererlös-Situationen, die auf Inkonsistenzen des Systems basieren. So ist die orthopädische Basis-DRG I09C (Wirbelkörperperfusion) hochgradig vergütungssensitiv. In der Regel werden bei Komplikationen 1.000 bis 2.000 Euro mehr vergütet. Vorsicht ist jedoch bei der Kodierung von rund 150 ICD-Ziffern geboten, die einen völlig unplausiblen Sprung in die niedriger vergütete DRG I09D auslösen. Der Verlust kann hier über 1.000 Euro betragen.

gh

Lab Tests Online ^{DE}

Eines der umfassendsten europäischen Projekte zur Verbraucheraufklärung im Gesundheitswesen wurde in Brüssel offiziell gestartet: Lab Tests Online.

Im Internet können sich Patienten und Ärzte ab sofort in sechs europäischen Sprachen über Labortests, Laborwerte und sinnvolle Vorsorgemaßnahmen informieren oder die typischen Abkürzungen auf ihren Untersuchungsergebnissen entschlüsseln. Labtestonline ist der Beitrag der nationalen europäischen Fachgesellschaften für Labormedizin (DGKL e.V. in Deutschland) und der Diagnostika-Industrie (VDGH e.V.) zur Verbraucheraufklärung und zur Förderung der Vorsorge-Bereitschaft der Bevölkerung.

Prominente Vertreter des Europäischen Parlaments, der Europäischen Kommission sowie zahlreicher Patientenorganisationen waren am 31. Januar 2007 zum offiziellen Start des Informationsportals nach Brüssel gekommen. Professor Dr. Mariam Klouche (DGKL) und Jean-Francois de Lavisson, Präsident des europäischen Diagnostika-Verbands EDMA, betonten, durch diese Aufklärungsinitiative solle der Nutzen und die Grenzen gezielt eingesetzter Labordiagnostik durch bessere Kenntnisse bei Patienten, die beispielsweise im Rahmen von Blutzuckeruntersuchungen selbst Labordiagnostik durchführen, aber auch bei den Ärzten verbessert werden.

Über 500 Fachbegriffe

Für den deutschsprachigen Raum wurde der Service unter www.labtestsonline.de bereits Mitte April 2007 frei geschaltet. Die Website bietet kompakte Informationen zu mittlerweile über 100 labordiagnostischen Tests und 25 Erkrankungen sowie ein umfangreiches Glossar von mehr als 500 medizinischen Fachbegriffen. Die beschriebenen Labortests umfassen sowohl einfache Parameter wie Blutbild oder Blutzucker als auch die Infektionsdiagnostik, beispielsweise von HIV und Hepatitis, bis hin zu Untersuchungen von Risikogenen für Thrombosen.

Das Informationsangebot wird kontinuierlich erweitert und um aktuelle Beiträge z.B. zu Tests für die Papillomvirusdiagnostik ergänzt, die seit 2007 in Deutschland im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung von Gebärmutterhalskrebs bei Mädchen empfohlen werden.



Rückfragen an:

Prof. Dr. med.
Mariam Klouche
0421 / 4307 - 233
mariam.klouche@
laborzentrum-
bremen.de