

SwissDRG – eine Herausforderung für die Spitäler (Teil 3)

Wer verschenkt schon gerne Millionen?

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems ändert sich dramatisch die Lenkung der Patienten und die Behandlung im Krankenhaus. Tradierte Vorgehensweisen, wie der Umgang mit der Verweildauer, Verlegungen und Wiederaufnahmen müssen verändert werden. Im Rahmen des Fallpauschalensystems gelten gänzlich anderen Regeln, die eine wesentliche Relevanz für die Erlöse des Gesamthauses haben. Durch eine optimale Steuerung der Patientenbehandlung, auch auf Basis der Erfahrungen aus Deutschland, können die Erlöse im Fallpauschalensystem bei guter Steuerung signifikant erhöht werden und können so das Spital in einer wirtschaftlich stabilen Situation halten.

Die Erfahrungen der beiden Autoren mit mehr als elf Jahren im Rahmen der Einführung des Fallpauschalensystems werden im Folgenden zusammengefasst. Es werden dabei folgende Themen adressiert:

- Verweildauersteuerung
- Wiederaufnahmeregeln
- Verlegungen
- Frühreha-Komplexpauschalen
- Dokumentation
- Codierung

Verweildauersteuerung

Das Fallpauschalensystem orientiert sich bei der Verweildauer an der mittleren Verweildauer der an der Kalkulation teilnehmenden Häuser. So werden aus empirischen Daten Vorgaben, die direkte Auswirkungen auf die Erlöse haben. Für jede Fallpauschale wird dann die untere und obere Grenzverweildauer definiert. Dies geschieht in Deutschland durch mathematische Vorgaben, nicht durch empirische Daten. Wenn man einen Patienten zeitlich vor der unteren Grenzverweildauer entlässt, resultieren entsprechende Abschläge auf die zu erlösende Summe der Fallpauschale. Die Struktur in Deutschland sieht vor, dass die tagesbezogenen Abschläge unterhalb der unteren Grenzverweildauer prozentual deutlich höher liegen als die tagesbezogenen Zuschläge der oberen Grenzverweildauer. Hiermit werden gut strukturierte Hochleistungsabteilungen ökonomisch bestraft, was zur Folge hat, dass im Rahmen der Steuerung der Verweildauer nach Einführung des Fallpauschalensystems diese Abschläge zu analysieren sind und der Behandlungsprozess diesen Abschlägen angepasst werden muss.

Nach Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland kam es zu einer dramatischen Reduktion der Verweildauer mit entsprechenden Abschlägen, die häufig bei mittelgrossen Häusern einige Millionen Euro betragen.

Ein gutes praktisches Beispiel ist die Implantation eines Koronarstents, wo in den ersten 24 Stunden bei einem akuten Koronarsyndrom fast alle relevanten Behandlungskosten anfallen, nämlich die ärztliche und pflegerische Leistung von Linksherzkatheter wie auch die Implantation des teuren Materials bei diesen Patienten.

Im weiteren Verlauf bei unkomplizierten Dilatationen und Stentversorgung fallen im Wesentlichen Überwachung/Hotelkosten an – wobei im Vorwege nicht erkannt werden kann, ob es sich im Einzelfall um einen unkomplizierten Fall handelt.

Bei einer zu frühen Entlassung dieser Patienten werden dann bei unkontrollierter Verweildauersteuerung die Abschläge so hoch sein, dass man Erlöse bei dieser Leistung in einem Masse verliert, dass die Leistung mit einem negativen Deckungsbeitrag erbracht wird. Diese Analysen



SwissDRG – eine Betrachtung über den Gartenzaun

Unsere Autoren, Prof.Dr.med. Claus Bartels, Geschäftsführer von MedAdvisors GmbH in Hamburg, und Dr.med. Christoph Bobrowski, M.Sc vom Endokrinologikum Hamburg, sind ausgewiesene Experten in der Umsetzung von Fallpauschalen-Systemen in Spitälern. Sie betrachten auch aus einer systematischen Gesamtsicht die Qualität der Prozesse und beraten beim Auffinden und Nutzen von Optimierungspotenzial.

Im «clinicum» sind in der Reihe «SwissDRG – eine Herausforderung für die Spitäler» bisher zwei Artikel erschienen:

- in der Ausgabe 5/2011: Nachbars Erfahrungen – lessons learned?
- in der Ausgabe 6/2011: Kostenmanagement ist der entscheidende Wettbewerbsvorteil
- In der Ausgabe 2/2012 wird es im abschliessenden Beitrag um die Strategie des Spitals und die strategische Rolle des Medizincontrollings gehen.

Alle Beiträge sind – wie seit einiger Zeit sämtliche Artikel aus dem «clincum» – unter www.clinicum.ch zu finden und als PDF verfügbar.

und die Lenkung des Behandlungsprozesses sind essentiell, um solche ökonomisch fatalen Massnahmen korrigieren zu können.

Ökonomie und medizinische Qualität ausbalancieren

Wir reden hier nicht einer Steuerung das Wort, bei der die untere Grenzverweildauer strikt überschritten werden sollte, lediglich um einen Erlöseffekt zu erzielen. Gerade das Beispiel der Koronarstent-Implantation zeigt, dass Ökonomie und medizinische Qualität ausbalanciert werden müssen. Es ist im Übrigen auch die Situation denkbar, in der Abschlüsse in Kauf genommen werden können, wenn das Bett umgehend wieder belegt werden kann. Im Ergebnis sind also die wichtigsten DRGs einer Fachabteilung auf diese Fragen hin zu analysieren.

Grundsätzlich sollte der Regelfall – also weder Kurzlieger noch Langlieger – mit einer krankenhauses internen mittleren Verweildauer behandelt werden, die unter der mittleren Verweildauer des DRG-Kataloges liegt. Zumindest bei globaler Betrachtung (die die Feinheiten einzelner DRG ausser Acht lässt), ist der Fall genau dann profitabel bzw. kostendeckend, wenn die mittlere Katalogverweildauer unterschritten wird. Dies lässt sich durch eine optimierte Ablaufsteuerung, aber auch durch die Allokation von Ressourcen bei erkannten Engpässen, bewerkstelligen.

Auch hier ist offensichtlich, dass die Qualität und die Indikation medizinischer Leistungen im Fokus stehen. Wenn beispielsweise die technische Untersuchung Echokardiographie zu wenig für Schlaganfallpatienten zur Verfügung steht, so muss diese Ressource ausgebaut werden, auch wenn dies zunächst als Kostenfaktor erscheint.

Das Management darf sich dann nicht mit der Zuführung von Ressourcen begnügen, sondern muss auch die ökonomische Verantwortung der Klinik für die Ablaufverbesserung einfordern, denn die Klinik steuert die Abläufe im Tagesgeschäft.

Wiederaufnahmeregeln

Für die Leistungen des Fallpauschalensystems gibt es klare Regeln, wann bei einem Patienten – wird er im selben Krankenhaus mit einer vergleichbaren oder ähnlichen Erkrankung wiederaufgenommen – die Behandlungen zusammengeführt und lediglich nur einmal bezahlt werden. Diese Wiederaufnahmeregeln haben eine ausserordentliche Implikation für das Vorgehen bei relevanten Komorbiditäten, die in einem stationären Setting behandelt werden müssen.

Im elektiven Fall – in dem beispielsweise eine spätere definitive Versorgung geplant ist – gilt es, wie bei der Verweildauersteuerung, die Regeln des Systems zu erkennen und mit den an der Patientenversorgung beteiligten Kollegen Prozesse zu entwickeln, die sicherstellen, dass die Wiederaufnahmen so dem System angepasst werden, dass nicht unnötig medizinische Fälle zusammengefasst und damit unter Kosten vergütet werden.

Der nicht-elektive Fall einer Wiederaufnahme betrifft vor allen Dingen die sog. Komplikationen eines stationären Aufenthaltes. Der deutsche Gesetzgeber hat es leider vermieden, zu beschreiben, was mit Komplikationen genau gemeint ist. Übereinstimmung herrscht nur zwischen allen Beteiligten, auch den Kostenträgern, dass mit dem DRG-Begriff der Komplikation keine juristisch haftungsbegründende Komplikation gemeint ist.

Die Intention des Gesetzgebers ist natürlich – und zu Recht –, Komplikationen in einem Fallpauschalensystem nicht separat zu bezahlen, sondern genau diese Komplikation eben in der Fallpauschale abgelten zu lassen.

Dieser Aspekt der Wiederaufnahmeregelung z.B. bei Wundheilungsstörungen oder anderen Komplikationen von interventionellen therapeutischen oder operativen Verfahren zwingt die Krankenhäuser dazu, eine möglichst hohe Qualität abzuliefern.

Ausgenommen von der komplikationsbezogenen Wiederaufnahmeregelung sind alle Patienten mit Krebserkrankungen. Hier kann man eine ökonomisch vernünftige und auch für den Patienten sehr sinnvolle Steuerung der Wiederaufnahme regeln. Dies gilt vor allem für sequentielle Therapien wie der Strahlentherapie bei Krebspatienten oder intermittierenden Chemotherapien, die nicht tagesklinisch oder ambulant durchgeführt werden können.

Hinter den Wiederaufnahmeregelungen verbergen sich ökonomisch extrem relevante Umstände, die mit den Kollegen geregelt sein sollten. Schliesslich ist auch die Konstellation von relevanten Nebenbefunden zu überlegen, beispielsweise eine milde Anämie oder eine Schilddrüsenerkrankung, die im aktuellen Aufenthalt aufgefallen sein könnten. Man mag es mögen oder auch nicht, die «Rundumversorgung» aller Nebenbefunde wird im Fallpauschalensystem entweder an einen neuerlichen Krankenhausaufenthalt oder an den ambulanten Bereich delegiert werden.

Verlegungen/ Frühreha-Komplexpauschalen

Wie bei den Wiederaufnahmeregelungen gibt es klare Regelungen der Weiterverlegung des Patienten. – Wird eine komplexe Initialbehandlung in einem Krankenhaus durchgeführt und die Behandlung nicht zu Ende gebracht und der Patient in ein anderes Krankenhaus verlegt, bei Weitertherapie derselben Diagnose, so werden auch hier die Erlöse geteilt und gegebenenfalls sind grundsätzlich Verlegungen und Verlegungsregeln zu betrachten.

Da Komplexbehandlungen im Rahmen einer stationären Frührehabilitation deutlich zugenommen haben, muss das Spital klären, ob es nur die Primärversorgung erbringen kann und will oder ob die Patienten zügig in eine Frühreha eingegliedert werden. Hinter diesem Begriff verbirgt sich eine umfassende rehabilitative Behandlung im Akutkrankenhaus.



Hier sind vor allem geriatrische Patienten momentan im Fokus, die aufgrund der epidemiologischen Entwicklung in Deutschland und in der Schweiz weiter zunehmen werden. Auch hier gilt es, im Behandlungsprozess den Abweichungsregeln der Akutbehandlung und der Frührehabilitation als Komplexpauschale Rechnung zu tragen.

Als Beispiel sei hier die Schenkelhalsfraktur der älteren Patienten angeführt, wo nach osteosynthetischer Stabilisierung der Fraktur die Frührehabilitation gerade bei den geriatrischen Patienten im Vordergrund steht, um ein möglichst gutes Endresultat nach Versorgung der Fraktur zu erreichen. Hier muss eine schnelle Verlegung der Patientin/des Patienten aus der Akuttraumatologie/Orthopädie erfolgen in die Frührehabilitation, um aufgrund der Abrechnungsverhältnisse ein ökonomisch gutes Resultat zu erreichen und eine optimale medizinische Versorgungsqualität zu produzieren.

Hierzu gehört die interdisziplinäre Behandlung der Patienten/des Patienten durch die operativen Kollegen und durch die Kollegen aus dem Bereich der Frührehabilitation (Wundheilungskontrolle). Auch dieses Beispiel zeigt, welchen enormen Effekt die Vorgaben des Vergütungssystems auf die Möglichkeiten der Leistungserbringung und der Leistungssteuerung haben.

Dokumentation

Im deutschen Fallpauschalensystem werden die Erlöse durch die Dokumentation von Zusatzkrankungen und auch von speziell erbrachten Leistungen gesteuert.

Wir haben hier in Deutschland viel lernen müssen, da die Bereitschaft, umfassend zu dokumentieren, häufig auf berechnete Unlust der

Kollegen stösst, welche die Patientenversorgung vornehmen. Jeder Kliniker wusste schon vor DRG-Zeiten, dass eine medizinische Dokumentation juristisch verlangt wird, aus defensiven Gründen manchmal erforderlich ist und vor allen Dingen erforderlich ist, um den klinischen Zustand des Patienten nachvollziehbar und unzweifelhaft zu beschreiben. Ohne weitere Ankündigung ist durch die DRG-Einführung eine weitere Dimension dazu gekommen, nämlich die Dokumentation der abrechnungsrelevanten Sachverhalte. Dies wurde den Ärzten und Pflegekräften gegenüber in Deutschland nicht optimal kommuniziert: Nämlich wenig durch die Selbstverwaltungspartner und oft auch zu wenig durch die Krankenhausleitungen. Dennoch ist es wesentlich, den Schweregrad des Patienten, der sich in Abstufungen der Fallpauschalen ökonomisch relevant widerspiegelt auch wirklich zu dokumentieren, um nachzuweisen, mit welchem Aufwand diese Patienten betreut worden sind.

Hier sind medizinisch inhaltliche Aspekte zu betrachten, wie die Codierung von relevanten Nebendiagnosen und auch die Überprüfung der Richtigkeit dieser Nebendiagnosen durch die erfahreneren Kollegen oder durch speziell ausgebildete Codierer in den Fächern.

Spezielle Codierer oder ärztliches Codieren?

Es ist eine Grundsatzfrage, ob ein Spital speziell ausgebildete Codierer für dieses Verfahren einstellt oder es durch ärztliche Codierung aus der Abteilung heraus in Kombination mit dem Medizincontrolling (Supervision und Rückmeldung bei problematischen Fällen) erbracht werden kann. Auf die «Aufstellung» des Medizincontrollings im gesamten Spitalbetrieb gehen wir in der letzten Folge unseres Erfahrungsberichts ein.

Neben der Dokumentation von Haupt- und Nebendiagnosen sind für die extrem teuren Patienten, z.B. Patienten mit Langzeitbeatmungen, die Dokumentation der Beatmungsstunden essentiell, um dem Kostenträger nachweisen zu können, in welcher Form die Patienten auf der Intensivstation behandelt worden sind.

Bei Patienten, die über mehrere Monate beatmet werden, um sie langsam zu entwöhnen, handelt es sich um sehr teure Patienten und die Dokumentation muss durch entsprechende Systeme lückenlos erfolgen.

Relevant im Rahmen der Dokumentation sind auch die zusatzentgeltfähigen Therapien, die exakt dokumentiert und nachvollziehbar sein müssen. Diese betreffen vor allem Chemotherapeutika und Blutpräparate, Hämophiliepräparate, Dialysen etc. Von besonderer Bedeutung war in Deutschland auch der Umstand, dass der Katalog der zusatzentgeltfähigen Medikamente und Verfahren von Jahr zu Jahr geändert wurde. Hier ist die Dokumentation und die Nachvollziehbarkeit bei abrechnungsrelevanten Fragestellungen von essentieller Bedeutung, da davon auszugehen ist, dass die Krankenkassen die Abrechnungen überprüfen werden.

Neben den Nebendiagnosen der Patienten sind auch die Dokumentation von MRSA-Patienten oder anderen hochpreisig betroffenen Patienten mit Infektionserkrankungen relevant und müssen dokumentiert werden.

In der Uniklinik Greifswald wurde nach Einführung der MRSA-Search-and-destroy-Strategie eine derartig hohe Anzahl von bis dahin nicht identifizierten MRSA-positiven Patienten dokumentiert, dass alleine durch die zusätzliche Dokumentation der MRSA-positiven Patienten die Erlöse sich siebenstellig für das Haus

verbessert hat und damit die gesamten Kosten für Screening und für den Umgang mit diesen Patienten gedeckt werden konnten. Im Umkehrschluss wäre es allerdings so gewesen, dass die neue MRSA-Strategie zu Verlusten geführt hätte, wäre die Dokumentation nicht pedantisch und vollständig vorgenommen worden.

Bessere Zusammenarbeit zwischen Administration und Patientenversorgung ist von hoher Bedeutung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Fallpauschalensystem die Zusammenarbeit zwischen Administration und Patientenversorgung harmonisiert und abgestimmt werden muss, um die Erlösseite zu korrekt wie möglich darzustellen und um Verluste zu vermeiden, die in bestimmten Konstellationen auch die Milliongrenze schnell überschreiten können.

Die Erfahrungen bei der Einführung des Fallpauschalensystems in Deutschland zeigen deutliche Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Nichtmedizinern in der Administration und den in der Versorgung tätigen Ärzten/Pflegekräften.

Die Lösung besteht darin, dass die Schnittstelle zwischen Management und Klinik proaktiv durch das Topmanagement aufgebaut wird. Im Tagesgeschäft kommt dabei dem Medizincontrolling eine entscheidende Funktion zu: Das fachliche Verständnis für die Gesamtklinik und die genaue Kenntnis des Fallpauschalensystems sind vom Medizincontrolling grundsätzlich zu erwarten. Darüber hinaus muss das gesamte Medizincontrolling besonders der Klinik gegenüber kommunikationsfähig sein und die Sichtweise der Klinik mit der Sichtweise der Ökonomie verbinden. Dabei geht es nicht um einfache Techniken für effiziente Besprechungen. Denn wie im Klinikum unter wirtschaftlich veränderten Bedingungen kommuniziert wird, wird vom Topmanagement vorgelebt. Auf der Seite der Klinik empfiehlt es sich, die Mediziner in die Kommunikationsebene zur Steuerung der Abteilungen und der Patientenströme einzuschalten.

Es kommt zu einem Paradigmenwechsel

Bei der Lenkung des Leistungsgeschehens kommt es also im Fallpauschalensystem zu

einem Paradigmenwechsel. Bei Konflikten in dem Bereich ist eine äussere Moderation sehr hilfreich, auch bei Konflikten zwischen den einzelnen Fachabteilungen bei interdisziplinär zu therapierenden Patienten.

Die MedAdvisors-Philosophie, hier originär mit einer kompetenten Mischung aus klinischer Erfahrung und Krankenhausadministration (Leitung/Controlling) zu arbeiten, ist – nach Ansicht unserer Kunden – ein Alleinstellungsmerkmal innerhalb der Unternehmensberatungen, die diese Themen anbieten.

Die vermittelnde Kommunikation, die sachliche Diskussion über die Führung der Patienten ist hier ein essentieller Schlüssel für den Erfolg der veränderten Patientenlenkung im Fallpauschalensystem.

Autoren

Dr. med. Christoph Bobrowski, M.Sc.;
Endokrinologikum, Hamburg
Prof. Dr. med. Claus Bartels,
Geschäftsführer MedAdvisors GmbH, Hamburg



Ihr Partner für alle Sicherheitsfragen.

 **SECURITAS**