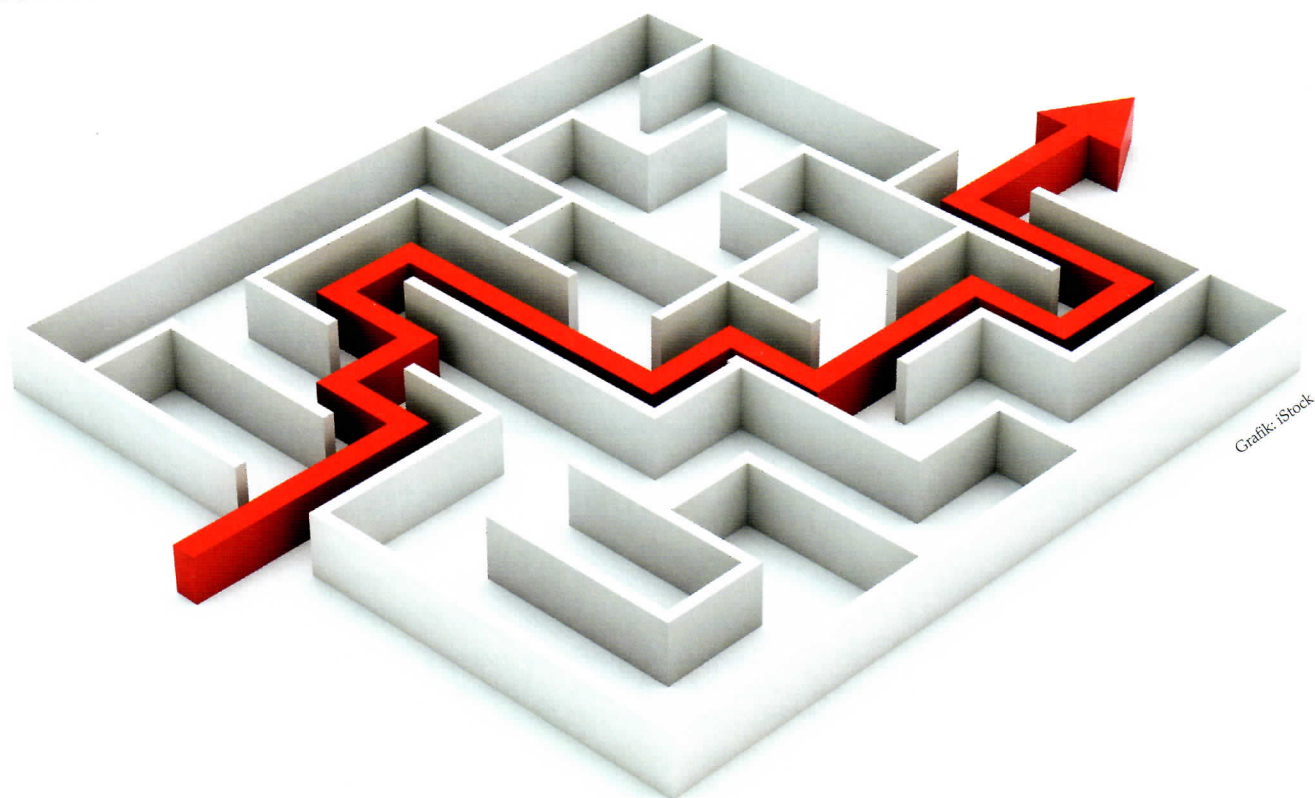


Andreas Kamp, Julia König, Stefan Müller, Wolfgang Plücker

DRG-Erlösrisiken erkennen und beseitigen

Prozesse optimieren mit klinischen Pfaden

Die finanziellen und qualitativen Potenziale, die aus einer DRG-Optimierung resultieren, erreichen in der Regel signifikante Größenordnungen. Für ein modernes Krankenhaus, das die eigene Zukunft sichern will, ist die Optimierung des Leistungsgefüges und der Verweildauer ein essenzieller Bestandteil der Weiterentwicklung. Klinische Pfade weisen den Weg und nehmen die positiven Anregungen der Spezialisten am Ort des Geschehens auf. Eine Win-win-Situation für alle – auch für den Patienten.



Die kontinuierliche Weiterentwicklung der DRG und die Auswirkungen auf die stationäre fallspezifische Verweildauer erfordern eine systematische Auseinandersetzung und Verbesserung der eigenen Leistungsfähigkeit im Krankenhaus.

Die Aufgabe des Krankenhausmanagements ist die frühzeitige Identifikation von

- möglichen Erlösrisiken im fachabteilungsbezogenen Leistungsspektrum

- parallel bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven in der Leistungserbringung

- Entscheidungshilfen zur möglichen Neuausrichtung ambulanter Versorgungsstrukturen

- und die Umsetzung der Optimierungen.

Im Folgenden wird methodisch und anhand eines Beispiels der notwendige Prozess zur Verbesserung und zur Erschließung von signifikanten Finanzpotenzialen gezeigt.

Zunächst stehen das abteilungsspezifische DRG-Leistungsspektrum und der Anteil an Fällen, die dem ambulanten Potenzial beziehungsweise der Kategorie Fehlbelegung zugeordnet werden können, sowie eine daran gekoppelte Verweildauerbetrachtung im Analysefokus.

Insbesondere über Auffälligkeiten im Verweildauerspektrum lassen sich Rückschlüsse auf die abteilungsspezifische Aufnahme-, Be-

gungs- und Entlassungsplanung ziehen sowie ein möglicher Handlungsbedarf im DRG-bezogenen Behandlungspfad ableiten.

Basis bildet die wirtschaftliche Bewertung der einzelnen Fachabteilungen auf Grundlage von belegungs- und erlöspezifischen Kennzahlen. Dies inkludiert eine Benchmark der PCCL-Verteilung (Patientenschweregrade), um Hinweise auf infrastrukturelle oder kodierspezifische Besonderheiten zu erhalten. Hierauf aufbauend ist es notwendig, das Fallspektrum auf die Schwerpunktbereiche „Ambulantes Potenzial/Fehlbelegung“ und „Verweildaueranalyse“ hin zu betrachten. In der Konsequenz ist es möglich, auf Fachabteilungsebene gezielte Hinweise zu folgenden Aspekten zu erhalten:

- mögliche Erlösrisiken
- Indizien für Verbesserungen in der Kodierqualität
- Unterstützung bei der Beantwortung strategischer Fragestellungen zur künftigen Leistungsverteilung
- Ausrichtung des ambulanten Sektors
- mögliche Hemmnisse in der abteilungsspezifischen Belegungssteuerung.

Fehlbelegung ermitteln

Die anhaltende Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich erfordert es, künftige Erlösrisiken im stationären Fallspektrum zu identifizieren. Der prozentuale Anteil an Fällen, die den Kategorien „Ambulantes Potenzial“ und/oder „Fehlbelegung“ zugeordnet werden, ist hierbei entscheidend. In diesen Fällen ist davon auszugehen, dass diese vermehrt über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) geprüft und in den nächsten Jahren zunehmend häufiger von den Kostenträgern nicht mehr vergütet werden.

Wenn dieser Anteil abteilungsbezogen aus dem gesamten Fallspektrum herausgefiltert wird, lassen sich die Erlösauswirkungen szenarisch darstellen. Parallel können Abteilungen identifiziert werden, in denen vorrangig eine vertiefende Ursachenforschung indiziert sein kann.

Tabelle 1 zeigt, dass in der Inneren Medizin und in der Gynäkologie/Geburtshilfe Anteile von mehr als 15 Prozent der gesamten Fälle auf den Bereich „Ambulantes Potenzial/Fehlbelegung“ entfallen.

In einem nächsten Schritt ist es möglich, weitere Filterkriterien anzuwenden – bereinigt um die Fälle, die sowohl dem ambulanten wie auch dem stationären Bereich zugeordnet werden können. Es verbleiben die Fälle, die ausschließlich ambulante Prozeduren enthalten, sowie Fälle, die mit Fehlbelegungskriterien ausgewiesen wurden. Werden diese beiden Filterkriterien zugrunde gelegt, lassen sich im Rahmen eines Szenarios die möglichen Erlösrisiken darstellen.

Dem gezeigten Beispiel liegt die Annahme zugrunde, dass von den Fällen, die ausschließlich ambulante Prozeduren enthalten, sowie allen Fällen, die als Fehlbelegung gekennzeichnet wurden, in der Inneren Medizin 40 Prozent und in der Gynäkologie 60 Prozent nicht vergütet werden. Dies beinhaltet in dem Beispiel ein Erlösrisiko von insgesamt 780 000 Euro (Tab. 2).

Verweildaueranalyse erstellen

Als zweites Kriterium, mögliche Wirtschaftlichkeitsreserven festzustellen, hat die Verweildaueranalyse das Ziel, Potenziale in der fach-

Abteilungsbezogene Fallverteilung Ambulantes Potenzial/Fehlbelegung

Fachabteilung	Gefilterte Fälle Gesamt	Gesamterlös Soll (Euro)	Ambulantes Potenzial ambulante Prozedur		Ambulantes Potenzial ambulant oder stationär		Fehlbelegung		Ambulantes Potenzial/Fehlbelegung Gesamt (%)	
			Fälle	Anteil %	Fälle	Anteil %	Fälle	Anteil %	Fälle	Anteil %
Innere Medizin	3 993	8 103 514	36	0,90	239	5,98	484	12,13	759	19,01
Allgemeine Chirurgie	2 191	7 911 939	9	0,43	54	2,45	117	5,36	180	8,23
Geriatric Hauptabteilung	1 102	8 135 118	0	0,00	0	0,00	1	0,08	1	0,09
Gynäkologie/Geburtshilfe	3 411	6 643 000	27	0,79	529	15,52	286	8,38	842	24,69
Gesamt	10 697	30 793 571	72	0,67	822	7,68	888	8,30	1 783	16,66

Tab. 1

Erlösrisiko Ambulantes Potenzial/Fehlbelegung

Fachabteilung	Gefilterte Fälle Gesamt	Gesamterlös (Euro)	Ambulante Prozedur/Fehlbelegung			Szenario pauschalisiert	
			Fälle	Fälle, die nicht vergütet werden		Erlösrisiko (Euro)	Reduzierter Gesamterlös (Euro)
Innere Medizin	3 993	8 103 514	520	40 %	208	422 216	7 681 298
Gynäkologie/Geburtshilfe	3 411	6 643 000	313	60 %	188	365 418	6 277 582

Tab. 2

© DKI GmbH, Wuppertal

abteilungsspezifischen Belegungssteuerung zu identifizieren. Hierbei liegt der Fokus auf zwei Schwerpunkten:

Zum einen auf der Auswertung der Fälle, in denen die Patienten innerhalb der Normverweildauer (Inlier) nach DRG behandelt werden. Zum anderen werden die Fälle, die dem Bereich der Kurz- und Langlieger zugeordnet werden, nach Fachabteilungen untergliedert ausgewiesen und bewertet.

Inlier

Im Bereich der Inlier sind alle Patienten aufgeführt, deren Verweildauer innerhalb der DRG-bezogenen Normverweildauer liegt. Mit zunehmender Verweil- und Behandlungsdauer erhöhen sich die ablaufbedingten patientenspezifischen Kosten, und mit Erreichen der Mittleren Verweildauer (MVD) kommt es zu einem Wechsel des Erlös- und Kostenverhältnisses, das heißt, die Kosten werden mit dem erzielten DRG-Erlös nicht mehr gedeckt.

Die Wirtschaftlichkeitsreserven liegen vor allem im Bereich der fachabteilungsspezifischen Fälle, die regelmäßig über die MVD hinausgehen. Diese Fälle, beziehungsweise die spezifischen DRG, werden zunächst aus den Fallspektren der einzelnen Fachabteilungen herausgefiltert. Im Folgeschritt erfolgt ein Abgleich der Normverweildauer (MVD nach Fallpauschalenkatalog) mit der Ist-Verweildauer unter Berechnung der Belegungstage. Erfahrungsgemäß ist es ausreichend, dies für die Top 20 DRG einer Fachabteilung vorzunehmen, da hierüber in der Regel mehr als 80 Prozent des Leistungsspektrums abgedeckt werden. Sofern sich die Patienten länger, als nach der DRG-Systematik kalkuliert, in der stationären Behandlung befinden, sind entsprechend des Mengengerüsts und des Ausprägungsgrads Ansatzpunkte zur Steuerung gegeben. Dies kann sich sowohl auf organisatorische Aspekte im Rahmen des Aufnahme-, Belegungs- und Entlassungsmanagements be-

ziehen als auch auf die fallspezifische Leistungssteuerung des Patientenpfads.

In einem weiteren Beispiel (Tab. 3) wird unter den Top 5 DRG einer Inneren Medizin für zwei DRG regelmäßig die MVD überschritten (markiert). Insgesamt summiert sich dies bei 330 Fällen auf rund 2 087 Belegungstage mit entsprechender Ressourcenbindung, die nicht über die Erlöse der jeweiligen DRG refinanziert werden.

Präoperative Verweildauer

Ein weiterer Ansatzpunkt der Verweildauermanalyse liegt bei operativen Abteilungen in der Auswertung der präoperativen Verweildauer. Hier ist die Zeitspanne zwischen stationärer Aufnahme bis zur Operation von Bedeutung. Ergeben sich regelmäßig überdurchschnittlich verlängerte Zeitintervalle (beispielsweise größer als ein Tag) bei elektiven Eingriffen und ist parallel im Top 20 DRG-Leistungsspektrum eine erhöhte Anzahl an DRG ausgewiesen, die oberhalb der MVD liegen, sind hier mögliche Hemmnisse in der abteilungsspezifischen Leistungsplanung/-steuerung zu vermuten.

Parallel können Schnittstellenprobleme im OP und in der OP-Planung mögliche Auslöser für die verlängerte präoperative Verweildauer sein.

Verweildauer bestimmt über Zu- oder Abschläge

Im Kontext mit der Diagnosestellung und der Behandlung sowie im Zusammenspiel der Aufnahme-, Belegungs- und Entlassungssteuerung stellt das Unter- oder Überschreiten der jeweiligen Verweildauergrenzen ein nicht unerhebliches Erlösrisiko dar. Ziel muss es sein, diese Fallanteile zu erfassen, zu bewerten und entsprechende Steuerungsmechanismen einzurichten.

Verweildauerabgleich (Beispiel Top 5 DRG Innere Medizin)

Top 5 DRG	MVD nach FPK	Anzahl der Fälle	Anzahl Tage MVD nach FPK	Anzahl Tage IST-Verweildauer	Differenz IST-VWD zu MVD nach FPK
1 G67D	3,9	374	1 459	1 410	-49
2 E77G	7,2	192	1 382	1 564	182
3 F62C	8,7	145	1 262	1 208	-54
4 K62B	6,1	141	860	812	-48
5 G67B	5,0	141	705	947	242

© DKI GmbH, Wuppertal

Tab. 3

MVD – Mittlere Verweildauer, FPK – Fallpauschalenkatalog, VWD – Verweildauer

Prozessanalyse (Auszug)

Pfad																						
Nr.	Tag	Prozess	Modul	Baustein	Komponente	CA	OA	FA	AA	ÄD	Anä	FD	Anä	FD	OP	PFI	FD	MTD	Phys	Ergo	Verw.	SK
1	1	Aufnahme																				
2	1	Notfallversorgung																				
3	1			Übergabe Notarzt					5													
4	1			externe Befunde sichten					5													
5	1			Monitoring (nach Standard)												5						
6	1			Patient/Vitalparameter überwachen					7							5						
7	1			Notfalltherapie mit Ziel hämodynamischer Stabilität																		
8	1				i.v.-Zugang				5													x
9	1				NaCl-Infusion											5						x
10	1			Zubereitung, Gabe und Überwachung Med.												5						
11	1				! Amp Paspertin																	x
12	1				20 mg Dormicum																	x
13	1			O ₂ über Maske/Nasensonde, wenn Sättigung < 90%												5						
14	1			Dokumentation/Verlaufskurve anlegen												5						
15	1			EKG 12-Kanal												5						
16	1			Blutentnahme					5													
17	1			Blutuntersuchung	Großes Blutbild																	x
18	1				Troponin																	x
19	1				Lipid-Differenzierung																	x
20	1	Pflegerische Aufnahme																				
21	1			Pflegerische Aufnahme Notaufnahme												5						
22	1	Verlegung Station																				
23	1			Bett besorgen												5						
24	1			Patientenübergabe												5						
25	1			Patiententransport												10						

Tab. 4

© BPG, Münster

■ Kurzlieger – Abschlüge durch Unterschreiten der uGVD

In der Auswertung der Kurzliegerfälle werden alle stationären Patienten zusammengefasst, die die untere Grenzverweildauer (uGVD) unterschritten haben. Kurzlieger sind mit Erlöseinbußen verbunden, da für jeden Tag der Unterschreitung der uGVD deutliche Abschlüge fällig werden. Da zusätzlich in den ersten Tagen des Aufenthalts wegen der Leistungsdichte auch der Ressourcenverbrauch und damit die Personal- und Sachkosten überproportional hoch sind, muss insgesamt von einem wirtschaftlichen Nachteil ausgegangen werden. Darüber hinaus ist in dieser Patientenklientel zusätzlich ambulantes Risikopotenzial enthalten.

■ Langlieger – Zuschläge durch Überschreiten der oGVD

Eine wirtschaftliche Analyse des Anteils der „Langlieger“ würde zwar einen Zusatzerlös für jeden

Tag oberhalb der oberen Grenzverweildauer (oGVD) erbringen. Der Ressourcenverbrauch würde jedoch in der Regel deutlich höher sein, als er aufgrund der Zuschläge vergütet wird, da innerhalb der Normverweildauer der DRG-Erlös gleich bleibt und der Verbrauch an Personal- und Sachkosten mit jedem Verweildauertag kumuliert ansteigt.

Klinischen Behandlungspfad erarbeiten

Aufgabe des Krankenhauses ist es, die in der dargestellten Analyse herausgearbeiteten hohen Erlösrisiken zu optimieren und bares Geld in die Kasse zu bekommen. Hierzu sollte das Management besonders „kritische“ DRG im Detail betrachten, bewerten und verändern. Eine differenzierte Prozess- und Kostenanalyse der jeweiligen

DRG ist notwendig. Im Anschluss daran werden die herausgearbeiteten Optimierungen in Form eines Klinischen Behandlungspfads fixiert und umgesetzt. Folgende praxisbewährte Vorgehensweise wird empfohlen:

■ Prozessanalyse der ausgewählten DRG

■ Prozesskostenanalyse

■ Identifikation von Schwachstellen mittels Kosten-/Erlösabgleich und Benchmarking

■ Einführung von klinischen Behandlungspfaden.

■ Prozess- und Prozesskostenanalyse

Im ersten Schritt findet eine Prozessanalyse (Tab. 4) der ausgewählten DRG statt, die unter Berücksichtigung der nachfolgenden Kostenkalkulation und der Überleitung in einen Behandlungspfad eine definierte Struktur voraussetzt. Den einzelnen Arbeitsschritten werden Qualifikationen der Mitarbeiter,

© BPG, Münster

■ Kosten-/Erlösabgleich

Der weitere Prozess wird am Beispiel DRG I05Z (Anderer großer Gelenkersatz oder Revision oder Ersatz des Hüftgelenks ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC) erläutert.

Diese DRG hat laut InEK-Kalkulation eine mittlere Verweildauer von 14,5 Tagen und ein Relativgewicht von 2,822. Dies entspricht in der Kalkulation einem Erlös von 7.391,40 Euro. Die tatsächliche hausinterne mittlere Verweildauer liegt bei 15 Tagen. Die Differenzierung der InEK-Kalkulationsdaten lässt Aussagen über die Zusammensetzung des Gesamterlöses zu. Mit der differenzierten Prozesskostenkalkulation lassen sich diese Teilerlöse mit den hauseigenen Kosten vergleichen. Diese Ergebnisse lassen Rückschlüsse auf ein mögli-

Tab. 6

© BPG, Münster

Zeitwerte und Sachkosten zugeordnet. Die Ergebnisse werden in das Kalkulationsprogramm übertragen. Hier findet eine sehr differenzierte Prozesskostenrechnung statt, in de-

ren Ergebnis eine genaue Kostenkalkulation des Prozesses mit seinen Teilprozessen vorliegt. Nach Gegenüberstellung mit den hauseigenen Erlösanteilen (Tab. 5) und der Diffe-

Pfaddokumentation Implantation einer Hüfttotalendoprothese

Tab. 7

ches Optimierungspotenzial im eigenen Haus zu, geben aber auch Hinweise auf offensichtlich kostenoptimierte Bereiche. Das Ergebnis zeigt einen wesentlichen Mehraufwand im Bereich der Personalkosten sowohl im Ärztlichen Dienst als auch im Pflegedienst. Die restlichen Kostenbereiche sind in ihrer Summe eher geringer oder mit der geringfügigen Verweildauerüberschreitung zu erklären.

In einer detaillierten Betrachtung des OP-Bereichs lassen sich weitere Problemstellungen aufzeigen. Die Analyse der Personalkosten der beteiligten Berufsgruppen zeigt auch hier eine deutliche Kostenüberschreitung, die Hinweise auf eine suboptimale OP-Organisation liefert. Fast die gesamte Personalkostenüberschreitung des Ärztlichen Dienstes der DRG hat ihre Ursache im OP-Bereich. Dies gibt wiederum darüber Aufschluss, dass der stationäre Bereich Normalstation in Bezug auf den Ressourceneinsatz Ärztlicher Dienst unauffällig ist.

■ Ergebnisse der Analyse

Die weitere Kostenüberschreitung findet sich im Personaleinsatz des Pflegedienstes auf der Normal-

station, da der Ressourceneinsatz im Bereich der Intensivstation in etwa deckungsgleich mit den Kalkulationswerten ist. Diese Analysen lassen sich für die unterschiedlichsten Teilbereiche ausführen und zeigen Ansatzpunkte für sinnvolle Optimierungen. Aus den Analysen ergibt sich Folgendes:

■ Personalkostenüberschreitung im gesamten OP-Bereich – OP-Prozessoptimierung notwendig

■ Personalkostenüberschreitung im Pflegedienst Normalstation – Überprüfung Personaleinsatz Normalstation notwendig.

■ Projektgruppen aufbauen

In diesem Schritt erfolgt der Aufbau von Projektgruppen, die Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Prozessoptimierung in den identifizierten Bereichen ausgestalten und konkrete Maßnahmen erarbeiten. Die erarbeiteten Ergebnisse werden kalkulatorisch in der Kostenkalkulation berücksichtigt. Nur Konzeptionen, die einen positiven Deckungsbeitrag der DRG erreichen, sind zielführend.

Der konzipierte optimierte Prozessablauf wird in Form eines klinischen Behandlungspfads fixiert.

Dabei ist es wichtig, die praktischen Anwender in eine stringente Form der Dokumentation zu „zwingen“ (Tab. 7). Dies ist notwendig, um die tatsächliche Umsetzung der festgelegten Prozessschritte sicherzustellen und um eine entsprechende Evaluation des Pfades in der Zukunft vornehmen zu können. Eine begleitende Patienteninformation rundet die Implementierung eines Behandlungspfades ab.

Mit der differenzierten Prozessaufnahme und Kostenkalkulation inklusive anschließender Umsetzung der Erkenntnisse in einen klinischen Behandlungspfad werden die optimalen Voraussetzungen geschaffen, um die einzelnen DRG wirtschaftlich und in gleichbleibend guter Ergebnisqualität zu erbringen.

Anschriften für die Verfasser:

Dipl.-oec. Wolfgang Plücker
DKI GmbH
Postfach 20 04 19
42204 Wuppertal
E-Mail: info@dkigmbh.de

Dipl.-Kfm. Andreas Kamp
BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH
Nevinghoff 30
48147 Münster
E-Mail: sekretariat@bpgub.de

Bücher



Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen

und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie).

Von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2010, 129 S., ISBN 978-3-7691-1294-8, 19,95 Euro.

Während der Lektüre des Buchs fragt sich der Leser, ob es einer solchen Fülle von Gesetzen, Verordnungen, Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien bedarf, um ein solch vergleichsweise schmales Spektrum praktischer Medizin zu regulieren. Die gültige

Form des Transfusionsgesetzes allein enthält 33 Paragraphen. Immerhin, es gibt sie, und ihre Nicht-Beachtung kann Schaden verursachen und ist mit Strafen bedroht. Wer sich also mit der Gewinnung und Anwendung von Blut und Blutprodukten beschäftigt, tut gut daran, sich mit dem Reglement vertraut zu machen.

Die Richtlinien entsprechen der Gesamtnovelle von 2005, diese wurde 2007 und 2010 in wenigen Punkten verändert oder ergänzt. Die aktuelle Ausgabe entspricht dem Stand vom 9. Juli 2010.

Prof. Dr. Karl Heinz Schriebers,
Koblenz