

Die weitergehende Differenzierung des G-DRG-Kataloges, die Intensivierung der Auseinandersetzungen mit dem MDK mit der daraus resultierenden Initiative der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), den Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) zu gründen, sowie der Ausbau stationär-ambulanter Kooperationen im Rahmen neuer Marktstrategien der Krankenhäuser – das waren die Kernthemen des 7. Herbstsymposiums der DGfM in Heidelberg unter dem Motto „Dieser Weg wird kein leichter sein ...“

Dieser Weg wird kein leichter sein...

Herbstsymposium 2007 der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling



Dr. Jörg Noetzel



Dr. Sascha Baller

Dass die Auseinandersetzungen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) inzwischen einen erheblichen Verwaltungsaufwand für die deutschen Krankenhäuser bedeuten, ist zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Um diesen Aufwand auf Einzelfallebene zu begrenzen und eine Diskussionsplattform für die Kodierempfehlungen des MDK bereit zu stellen, gründete die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) Anfang 2007 den Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA). Bundesweit überprüfen im FoKA ausgewiesene Experten der DGfM die Kodierempfehlungen des MDK auf Konsensfähigkeit. Diese Arbeit wird in erster Linie durch regionale Fachausschüsse erledigt und im Anschluss auf Bundesebene abgeglichen. Dr. Steffen Gramming (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der DGfM und Stellvertretender Verwaltungsdirektor des Evangelischen Krankenhauses Bad Dürkheim) stellte mit seinem Vortrag „Kodierempfehlungen der SEG 4 des MDK – Welche Empfehlungen sind problematisch?“ die Arbeit und die aktuellen Publikationen des FoKA vor. Ein Großteil der Empfehlungen konnte

bereits geprüft und kommentiert werden. Die Ergebnisse sind unter www.medizincontroller.de nach verschiedenen Kriterien thematisch abrufbar. Kontakte mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sind auf operativer Ebene geknüpft worden. Ein erklärtes Ziel der DGfM ist es, einen sachlichen und konstruktiven Dialog mit dem MDK zu führen. Bei konsensfähigen Kodierempfehlungen für Krankenhäuser einerseits und Kostenträger andererseits wird Übereinstimmung festgestellt, um den Bearbeitungsaufwand im Einzelfall zu senken. Bei diskussionsbedürftigen Kodierempfehlungen wird für die Krankenhäuser durch den FoKA eine Möglichkeit geschaffen, eine abgestimmte Alternativempfehlung zu nutzen. Gleichzeitig soll die Kodierung vereinheitlicht und kontinuierlich verbessert werden. Daher besteht die Zielsetzung des FoKA nicht ausschließlich in der alleinigen Erstellung von Kodierempfehlungen, sondern zielt auch auf die Abstimmung mit anderen Interessensverbänden ab. Beispielsweise werden die Empfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 (SEG 4) des MDK als „Konsens mit Kommentar“ oder als „Dissens“ klassifiziert. Jedes ordentliche Mitglied der DGfM kann sich innerhalb der Regionalausschüsse mit Vorschlägen für neue Kodierempfehlungen, aber auch an der Bewertung und Kommentierung der Kodierempfehlungen der SEG 4 beteiligen.

Zielvereinbarungen für DRG-Beauftragte

Dass Zielvereinbarungen als Füh-

rungsinstrument im Krankenhaus auch zur Anwendung bei DRG-Beauftragten sinnvoll sind, konnte Dr. Asvin Latsch vom Medizincontrolling am Universitätsklinikum Mannheim bestätigen. Bei 18 Ergebniscetern mit 46 DRG-Beauftragten werden Zielvereinbarungen auf Basis der Unternehmensziele und der Ist-Daten vorgenommen. Die Zielerreichung wird durch regelmäßige Reports überprüft und kommuniziert und führt bei positivem Resultat zu einer zeitnahen Auszahlung der Leistungsprämie. Die positiven Erfahrungen in Mannheim bestätigen den richtigen Denkansatz dieser Methode.

Prozessoptimierung durch Case-Management

Allein Personaleinsparungen stellen angesichts der aktuellen Kostenproblematik der Krankenhäuser sicher nicht die Lösung dar. Prozessoptimierung ist in Kombination mit weiteren Maßnahmen der weitergehende und Erfolg versprechende Ansatz. Eine interessante Möglichkeit, die derzeit viele Krankenhäuser beschäftigt, ist die Implementierung eines Case-Managements, das je nach Ablauf unterschiedlich definiert wird. Ein Modell des so genannten klinischen Case-Managements stellte Dr. Andor Toth, MBA mit seinem Vortrag „Kostensenkung durch Case-Management“ vor. Das Modell greift die in Krankenhäusern bekannten Schwachpunkte innerhalb der Prozesskette Patientenaufnahme, Patientenbehandlung, Patientenentlassung und Leistungsabrechnung auf und zeigt einen Lösungsansatz durch die Einführung einer neuen Berufsgruppe, die sich um die Kombination

aus gezielter Fallsteuerung, Fallbegleitung, Entlassmanagement und Kodierung kümmert. Die erzielten Ergebnisse zeigen auch unter Einbeziehung von MDK-Daten und Prozessparametern einen messbaren Erfolg. Dr. Toth war bis Ende 2007 Leiter der Abteilung Zentrales Case-Management, Medizincontrolling und EDV in den Kreiskliniken Dillingen-Wertingen.

Streitpunkt Vergütung

Wie auch aus den anderen Referaten hervorging, ist die Vergütung im Krankenhaus durch aktuelle Urteile mit Unklarheiten und Regelungslücken gespickt. Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Leber, Fachanwalt für Medizinrecht in Köln, konnte hier einige Unklarheiten beseitigen. Neben Detailfragen zur Rechtmäßigkeit des Sanierungsbeitrages der Krankenhäuser, dem Datenschutz im privaten Versicherungsrecht und zu Abrechnungsfragen bei ambulanter Notfallbehandlung ging es um die „Vertretbarkeitsrechtsprechung“ des Bundessozialgerichts im Streit zwischen dem 1. und dem 3. Senat, der im Beschluss des Großen Senats vom 29.09.2007 – GS 1/06 mündete.

Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss. Es findet also keine Prüfung der konkreten und real vorhandenen Behandlungsalternativen mehr statt.

Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem zum Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes

auszugehen. Eine alleinige „Einschätzungsprärogative“ kommt dem Krankenhausarzt nicht mehr zu. Somit erfolgte eine wesentliche Einschränkung der Rechtsprechung des 3. Senats. Das Kostenrisiko der Durchführung oder Fortführung eines stationären Aufenthaltes liegt zukünftig folglich beim Krankenhaus, auch wenn keine konkreten alternativen Behandlungsmöglichkeiten gegeben sind. Somit wird neben einer detaillierten Aufnahme-Dokumentation ein frühzeitiges Entlassmanagement erst recht unverzichtbar.

Neuerungen im Katalog

Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), stellte die Neuerungen zur DRG-Kalkulation und zum DRG-Katalog 2008 vor. Die Qualität der Kalkulation wurde durch die Plausibilisierungsverfahren weiter verbessert. Insgesamt konnten für das Jahr 2008 die Daten von 221 Krankenhäusern für die Kalkulation verwendet werden, die in diesem Jahr in 1.137 DRGs mündeten. Die Verweildauer innerhalb der teilnehmenden Krankenhäuser verkürzte sich erneut um 1,7% auf 7,58 Tage. Die Veränderung der Anzahl an DRGs (+55) und Zusatzentgelten (+10) ist gegenüber dem Vorjahr rückläufig und zeigt die zunehmende Stabilisierung des DRG-Kataloges. Neben der erneuten Überarbeitung der CC-Matrix, die zur Abwertung und zum Ausschluss einiger lieb gewonnener Nebendiagnosen führte, wurde wieder an einer Verfeinerung des DRG-Gerüsts gearbeitet. Diese Verfeinerung macht sich vor allem in der Neurologie mit der verbesserten Abbildung der akut Querschnittserkrankten in der B61Z, der Entkondensation der Parkinson-DRG (B67), der neuen Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson und einer Differenzierung der Lysebehandlung bei Schlaganfall mit neurologischer Komplexbehandlung bis 72 Stunden bemerkbar. Weitere Veränderungen betreffen die Intensivmedizin mit

einer teilweise erheblichen Aufwertung einiger DRGs, die durch die intensivmedizinische Komplexbehandlung angesteuert werden und die Einführung der Funktion komplizierende Prozeduren für die Pre-MDC. Beispiele für neue intensivmedizinische DRGs sind die R36Z für den onkologischen Bereich, die I26Z aus der MDC 8, die T36Z aus der MDC 18B sowie die A36Z als Sammel-DRG. Auch die Pädiatrie wurde mit 30 neuen Alterssplit-DRGs, mit einer Aufwertung kinderchirurgischer Eingriffe (G02Z), der Komplexbehandlung des Diabetes sowie der Aufnahme des Codes für die Hybridchirurgie in die Bewertung bei Herzkrankheiten wiederum differenzierter bewertet.

Von erheblichen Umgestaltungen ist das Kapitel der Gastroenterologie betroffen. Ohne bestimmte Voraussetzungen, wie zum Beispiel einen ausreichend hohen PCCL oder die Durchführung komplexerer Maßnahmen ist bei Erwachsenen eine endoskopische DRG deutlich schwerer erreichbar. Hier gewinnt die differenzierte und exakte Kodierung erbrachter Leistungen (Biopsien, Endosonographie, Anästhesie) erneut an Bedeutung. Eine wesentliche Erleichterung für die Krankenhäuser ist in diesem Jahr die erstmalige Kommentierung der Migrationstabelle, die das InEK zur Verfügung stellt. Um die Teilnehmerbeschränkung von 200 Besuchern aufzuheben, wird das Herbstsymposium 2008 am 24.10.2008 im Dorint-Kongress-Hotel in Mannheim stattfinden. ■

Dr. med. Jörg Noetzel MBA
Vorstand Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e.V.
 Leiter Strategische
 Leistungsentwicklung/-controlling
 SRH Kliniken GmbH
 Bonhoefferstraße 1
 69123 Heidelberg

Dr. med. Sascha Baller M.Sc.
Vorstandsvorsitzender Deutsche
Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.
 Institut für Medizincontrolling
 Heidelberg
 Rohrbacher Straße 92/1
 69115 Heidelberg