



DRG 2007 – zu Risiken fragen Sie Ihren Medizincontroller

Fotos: DGfM

Vom Herbstsymposium 2006 der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) hat sich im 5. Jahr nach Beginn der DRG-Einführung für 2007 das ehrgeizige Ziel gesetzt, durch eine besonders differenzierte Kostenkalkulation eine verbesserte Abbildung insbesondere auch der Extremkostenfälle zu erreichen. Das

stelle Qualitätsmanagement und Medizincontrolling der Universitätsklinik Heidelberg, lobte bei seinem Vortrag „Was macht teure Patienten teuer?“ ausdrücklich die diesjährige Zusammenarbeit mit dem InEK. Es war nun bei der Kalkulation des DRG-Katalogs 2007 erstmals möglich, dass sich die Universitätsklinik in einen direkten Dialog mit dem InEK begaben, um durch einen direkten Datenaustausch, der weit über die Analyse der § 21-Datensätze hinausging, die Qualität der Kalkulation hochpreisiger Fälle spürbar zu verbessern. Die hinzugekommene deutlich verschärfte Plausibilisierung der Kalkulationsdaten mit den dokumentierten Leistungsdaten durch das InEK trug ebenfalls zu einer deutlichen Verbesserung der Systemgüte bei. Nun sei es insbesondere Aufgabe der Kliniken, für eine adäquate Korrelation zwischen Kodierungs- und Kalkulationsqualität zu sorgen.

Upcoding als Erlörisiko

Dass nicht nur die Systemgüte, sondern die primäre Kodierqualität nach wie vor ein Thema bei den alljährlichen Budgetverhandlungen ist, weiß inzwischen jeder, der sich mit dem Thema befasst. Interessant ist jedoch der Ansatz von Ralf Nüßle, Controlling der Kreiskliniken Calw, der mit seinem bewährten Parameter der Nebendiagnoseneffizienz versucht, die mit erheblicher Erlösrelevanz behafteten Diskussionen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern auf eine objektivierbare Grund-

Die unzureichende Vergütung von Maximalversorgerfällen im DRG-System stand neben der nicht ausreichenden Differenziertheit der Leistungsabbildung im Mittelpunkt des Herbstsymposiums 2006 der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) in Heidelberg.

lage zu stellen. Er stellte sehr differenziert das Abgrenzungsschema Upcoding versus Leistungsveränderung dar. Die entscheidende budgetrelevante Steuergröße Casemix habe sich nun auf beiden Seiten der Krankenhausbudgetverhandlungen als die budgetrelevante Größe gegenüber der Fallzahl durchgesetzt. Solange erlösrelevante Mechanismen durch die Kodierung generiert werden, bleibe Upcoding ein Thema; dies gelte insbesondere im Hinblick auf die zunehmende Entkopplung bei der Leistungsbemessung. Die differenzierte Abweichungsanalyse, die Leistungsveränderungen auf Ebene der vor allem demografisch beeinflussten Fallgruppen gegenüber denen der potenziell durch Nebendiagnosen getriggerten Fallgruppen unterscheidet, stelle hierfür ein objektivierbares Instrument für die Diskussion auf Budgetverhandlungsebene dar.

Freiberufler preiswerter und besser?

Der Personalkostenbereich wird künftig ein Schwerpunkt weiterer Rationalisierungsmaßnahmen sein. Angesichts der damit verbundenen ►



Dr. med. Jörg Noetzel MBA, Vorstand Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V., Leiter Medizincontrolling



Dr. med. Sascha Baller M.Sc., Vorstandsvorsitzender Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

war eines der Themen, mit dem sich die Referenten und die über 200 Gäste beim 6. Herbstsymposium der DGfM in Heidelberg unter dem Motto „DRG 2007 – zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Medizincontroller“ befassten.

Was macht teure Patienten teuer?

Dr. André Michel, Leiter der Stabs-

zunehmenden Personalbelastung und der zum Teil vorhandenen Schwierigkeit einer adäquaten Personalakquise diskutierte Dr. Jens Schröter, vom ASN-Praxisnetz (Anästhesie, Schmerztherapie, Notfall- und Intensivmedizin) die Vor- und Nachteile des Status eines freiberuflichen Mediziners. Für ihn überwiegen eindeutig die Vorteile von Freiberuflern, die sich unter anderem in Kostenvorteilen (z.B. weniger Personalverwaltungskosten) und vor allem einem ausgeprägten betriebswirtschaftlichen Denken und einer verstärkten Eigeninitiative des unternehmerisch denkenden „Mitarbeiters“ niederschlagen.

DRG-System 2007

Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des InEK, stellte die Neuerungen des aktuellen DRG-Katalogs 2007 vor. Im Rahmen der Differenzierung wurde nun die Zahl von 1.082 DRGs erreicht. Daraus folgt eine aus medizinischer Sicht auch inhaltlich besser nachvollziehbare Dekondensierung des Systems. Die intensivierten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen hätten zu einer deutlichen Verbesserung der Kalkulationsqualität geführt. Als erste Effekte der Prozessoptimierungen durch Einführung des Fallpauschalensystems schlagen sich nun auch die Verweildauerverkürzung der Krankenhäuser (7,94 in 2004 auf 7,62 Tage in 2005) neben der durch Optimierung der Einkaufsbereiche der Krankenhäuser in einigen Bereichen zu verzeichnenden Verbilligung des medizinischen Sachbedarfs in der Kalkulation nieder. Eine verbesserte Abbildung konnte dieses Jahr vor allem im Bereich der Extremkostenfälle, der mehrzeitig bzw. komplex und mehrfach operativ versorgten Fälle, der Versorgung von HIV-Patienten, der Schlaganfallbehandlung sowie der Intensivbehandlung (z.B. Trigger durch SAPS/TISS bereits bei 552-Punkten) erzielt werden. Das Intensivscoring werde voraussichtlich auch weiterhin an Bedeutung gewinnen. Erlösrelevanz wurde dieses Jahr erstmals der Behandlung von MRE-Patienten zugestanden.

Die Veränderungen bei den Deutschen Kodierrichtlinien 2007 beinhalten im Wesentlichen hilfreiche Klarstellungen bei oftmals strittigen Fallkonstellationen. Mit diesem Thema befasste sich Dirk Dorian Selter, Leiter des Medizincontrollings der BGU Murnau. Hervorzuheben sei die Klarstellung bei der erlösrelevanten Kodierung von Beatmungsfällen, die nun verdeutliche, dass die Entwöhnungszeit eindeutig zur Gesamtbeatmungszeit dazu gehöre. Die definitive Klärung, wann die Entwöhnung beendet sei, blieben auch die neuen Kodierrichtlinien, wie auch weitere Definitionen zur Klärung bekannter Probleme, leider immer noch schuldig (z.B. Mehrfachkodierung, Komplikationen, Folgebehandlung bei bösartigen Neubildungen, Überwachung). Ein pragmatischer Vorschlag zur Verbesserung der Kodier- und konsequent auch der Kalkulationsqualität mit entsprechender Minimierung des Konfliktpotenzials zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern ist die Einrichtung einer FAQ-Seite des InEK mit Stellungnahmen zu klärungsbedürftigen Sachverhalten aus dem Bereich der Dokumentation.

Die Vortragsfolien der Tagung gibt es unter www.medizincontroller.de im öffentlichen Bereich unter Informationen.

Das nächste Herbstsymposium der DGfM findet am 19.10.2007 in Heidelberg statt. ■

Dr. med. Jörg Noetzel MBA
Vorstand Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e.V.
Leiter Medizincontrolling
Klinikum Stuttgart
Kriegsbergstraße 60
70174 Stuttgart

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