

APOLLON Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft
Band 2

Rainer Dziewas

Auf dem Weg zur
Verweildaueroptimierung:
**Proaktives Aufnahme-
management und ärztliche
Versorgung nach dem
Consultant Concept**



Über den Autoren

Prof. Dr. med. Rainer Dziewas (geb. 1971) ist Facharzt für Neurologie und arbeitet als Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Münster. Von 2008 bis 2010 studierte er an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft Gesundheitsökonomie und schloss das Studium erfolgreich mit dem Master of Health Management (MaHM) ab. Rainer Dziewas interessiert sich für die Auswirkungen des DRG-Systems auf den Klinikalltag und ist im Rahmen seiner klinischen Tätigkeit an der Entwicklung innovativer Konzepte zur effektiven Steuerung und Organisation der stationären Patientenversorgung beteiligt.

Die APOLLON Schriftenreihe zur Gesundheitswirtschaft wird herausgegeben vom Präsidium der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2011

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutschen Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:
<http://dnb.d-nb.de>

Projektmanagement und Lektorat: Corinna Dreyer

Umschlaggestaltung und Layout: Ilka Lange, Hückelhoven

Satz: abavo GmbH, Buchloe

Druck und Bindung: Books on Demand GmbH, Norderstedt

Printed in Germany

ISBN: 978-3-943001-01-3

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	12
1.1	Das DRG-System	12
1.1.1	Grundlagen	12
1.1.2	Abrechnung und Kennzahlen	16
1.1.3	Benchmarking und Leistungsverrechnung im DRG-System	18
1.2	Klinische Leistungsgruppen	22
1.3	Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland	27
1.3.1	Änderung der Strukturen des Krankenhaussektors	29
1.3.2	Leistungsdaten der Krankenhäuser	30
1.3.3	Ausstattung der Krankenhäuser	32
1.3.4	Kostenentwicklung	35
1.3.5	Teil-, vor- und nachstationäre Behandlungen sowie ambulante Operationen	37
1.3.6	Patientenzufriedenheit	38
1.3.7	Mitarbeiterzufriedenheit	40
2	Patienten und Methoden	42
2.1	Das klinische Setting	42
2.2	Studienaufbau	43
2.2.1	Ziel	43
2.2.2	Studiendesign	43
2.2.3	Intervention	44
2.3	Datenerhebung	46
2.4	Statistik	47
3	Ergebnisse	48
3.1	Der Hauptbefund	48
3.2	Beschreibung der Kollektive	49

3.3 Fallzahlanalyse	52
3.3.1 Fallzahlentwicklung im Zeitverlauf	52
3.3.2 Fallzahlentwicklung in Abhängigkeit von Diagnose und Aufnahmearbeit	54
3.4 Verweildaueranalyse	58
3.4.1 Gruppenvergleich	58
3.4.2 Prädiktoren der Verweildauer	64
3.5 Erlösanalyse	68
4 Diskussion	77
4.1 Zusammenfassung	77
4.2 ProACC und Cologne Consultant Concept (CCC) im Vergleich	79
4.3 Klinische Behandlungspfade	80
4.4 Case Management	82
4.5 Resümee und Ausblick	84
Anhang	87
Abkürzungsverzeichnis	87
Abbildungsverzeichnis	92
Tabellenverzeichnis	94
Literaturverzeichnis	88
Register	95

Vorwort

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahre hat für die Krankenhäuser tiefgreifende Veränderungen mit sich gebracht. Insbesondere seit Einführung des DRG-Fallpauschalensystems stehen die Krankenhäuser unter einem zunehmenden ökonomischen Druck, da eine noch nie da gewesene Transparenz der medizinischen Leistungserbringung hergestellt und damit die Basis für eine sachgerechte Leistungsvergütung gelegt wird. Diesem Druck ist mit innovativen Konzepten zu begegnen.

Das übergeordnete Ziel jedes Krankenhausträgers besteht darin, mit effizienten Diagnose- und Behandlungsabläufen unter dem Einsatz möglichst geringer Personal- und Sachkosten eine ausgezeichnete Qualität der stationären Patientenversorgung zu sichern. Dies erfordert generell eine Synthese aus abteilungsübergreifenden Patientenmanagementkonzepten und quasi maßgeschneiderten Ansätzen der Behandlungs- und Therapiesteuerung, da diese an spezifischen Bedürfnissen der einzelnen Abteilungen ausgerichtet sind.

In der vorliegenden Arbeit wird eindrucksvoll demonstriert, wie sich im klinischen Alltag problemorientiert ein situationsadaptierter Lösungsansatz entwickeln, umsetzen und kontrollieren lässt. So führte die Klinik und Poliklinik für Neurologie des Universitätsklinikums Münster ein fachärztlich gesteuertes Aufnahmemanagement ein. Dieses hatte nicht nur die Priorisierung und Bettenverteilung der regulär geplanten Aufnahmen zum Ziel, sondern sollte in einer dynamisch und proaktiv agierende Institution während der Kernarbeitszeit kontinuierlich die Bettenauslastung monitoren und steuern.

Zusätzlich wurde die ärztliche Versorgung der Patienten auf den Normalstationen nach dem sogenannten Consultant Concept organisiert. Dieses zeichnet sich dadurch aus, dass die neu auf die Normalstationen aufzunehmenden Patienten gleichmäßig und stationsübergreifend den zuständigen Stationsärzten zugewiesen werden. Damit ist sichergestellt, dass durch den einzelnen Arzt eine stationsübergreifende und damit flexiblere Patientenversorgung erfolgt.

Die positive Auswirkung dieses mit dem Akronym ProACC (**Pro**aktives **Auf**nahmemanagement und ärztliche Versorgung nach dem **Consultant Con**-cept) belegten Zwei-Komponenten-Konzepts konnte durch eine eindrucksvolle Steigerung der Fallzahl bei gleichzeitiger Reduktion der Verweildauer und Aufrechterhaltung der hohen Versorgungsqualität belegt werden. Besonders bemerkenswert ist, dass die Leistungssteigerung nicht nur die elektiv aufgenommenen Patienten betraf, sondern sich auch bei der Notfallversorgung manifestierte.

Ich wünsche dem Buch eine breite und interessierte Leserschaft. Es vermittelt hinsichtlich des Nutzens erprobte Empfehlungen, die auch in der eigenen Fachabteilung unabhängig vom Fachgebiet umgesetzt werden können. Dabei können und sollen Anpassungen an die jeweiligen lokalen Bedingungen erfolgen.

Prof. Dr. Norbert Roeder
Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender
Universitätsklinikum Münster

1 Hintergrund

In diesem Kapitel sollen für die Einordnung der Studie in ihren wissenschaftlichen Kontext wesentliche Hintergrundinformationen geliefert werden. Hierbei wird zunächst das DRG-System beschrieben und es werden die Besonderheiten der Vergütung dieses fallpauschalierenden Ansatzes dargestellt. Anschließend wird das für das Verständnis der Datenaufbereitung und der Datenanalyse im Rahmen dieser Arbeit relevante System der klinischen Leistungsgruppen vorgestellt. Zuletzt erfolgt eine Analyse und Zusammenfassung der seit Einführung des DRG-Systems in Deutschland spürbaren Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft.

1.1 Das DRG-System

Mit Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 fand ein Paradigmenwandel in der Krankenhausfinanzierung statt. Während zuvor die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung aufgrund der Anwendung tagesgleicher Pflegesätze fast ausschließlich von der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus bestimmt wurde, bedeutete die Einführung des DRG-Systems den Wechsel zu einer leistungsorientierten Vergütung (vgl. Bühr et al., 2001, S. 120).

1.1.1 Grundlagen

Als Grundlage für die Einführung eines deutschen Fallpauschalensystems diente die Systematik der Australian Refined DRGs, da diese im Vergleich zu anderen international etablierten Ansätzen versprach, am ehesten eine kostengerechte Abbildung der häufigsten Krankheitsbilder zu ermöglichen und diese in Pauschalkomplexe zusammenzufassen (vgl. Greiling und Muszynski, 2008, S. 17).

Grundsätzlich fast das DRG-System Behandlungsfälle mit ähnlichen Diagnosen und vergleichbarem Behandlungsaufwand in separate DRGs zusammen. Nicht selten entsteht hierbei ein Interessenkonflikt zwischen der klinischen Sichtweise, die eine Gruppierung in Abhängigkeit von dem klinischen Kontext favorisiert, und der ökonomischen Perspektive, die Fälle mit ähnlichen Kostenstrukturen zusammengefasst sehen möchte. Vor dem Hintergrund des

übergeordneten, mit der Einführung des DRG-Systems verknüpften Ziels der ökonomischen Gerechtigkeit, ist festzustellen, dass die einzelnen DRGs zunehmend den Bezug zu aus medizinischer Sicht unterscheidbaren, klinischen Kollektiven verlieren (vgl. Roeder et al., 2006, S. 391) (vgl. auch Kap. 1.2).

Prozedural wird innerhalb des DRG-Systems jeder Behandlungsfall genau einer Fallpauschale zugeordnet. Diese Zuordnung erfolgt dabei nach einem vom DRG-Institut und dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) entwickelten Algorithmus, der kontinuierlich aktualisiert und ausgebaut wird (vgl. Keun und Prott, 2008, S. 105). In dem G-DRG-System (German Diagnosis Related Groups) der Version 2010 werden 1186 DRGs unterschieden, von denen 1155 bewertet und 31 unbewertet sind (vgl. InEK, 2009a). Für Letztere ist die Vergütung krankenhausespezifisch mit den Kostenträgern zu verhandeln. Der Gruppierungsprozess, der es erlaubt, den einzelnen Behandlungsfall in eine DRG einzuordnen, ist in Abbildung 1.1 beschrieben.

Ausgangspunkt sind die den einzelnen Behandlungsfall charakterisierenden Basisdaten, die neben Patientenalter und -geschlecht die Diagnosen und Prozeduren sowie die Behandlungsdauer umfassen. Über insgesamt neun Fehler-DRGs, wie 901A „Ausgedehnte OR-Prozedur (OR = Operation Room) ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta“ (vgl. InEK, 2009a, S. 70), werden zunächst nicht eingruppierbare Fälle erfasst. Im Anschluss wird geprüft, ob eine Zuordnung in eine von aktuell insgesamt 59 Prä-MDCs (MDC = Major Diagnostic Category) zu erfolgen hat. Diese ebenfalls noch vorgeschaltete Kategorie betrifft besonders aufwändige Behandlungsfälle, z. B. Langzeitbeatmungen auf der Intensivstation (z. B. A06A: Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3680 Aufwandspunkte (vgl. InEK, 2009a, S. 2)). Die weit überwiegende Anzahl der Behandlungsfälle wird jedoch über die zugehörige Hauptdiagnose einer der 23 Hauptdiagnosegruppen zugewiesen. Anschließend erfolgt eine weitere Differenzierung in eine chirurgische Partition (Partition O), die sich vor allem durch die Nutzung der chirurgischen Infrastruktur, insbesondere des Operationssaals, auszeichnet, eine medizinische Partition (M), die für konservativ behandelte Fälle vorgesehen ist, und eine

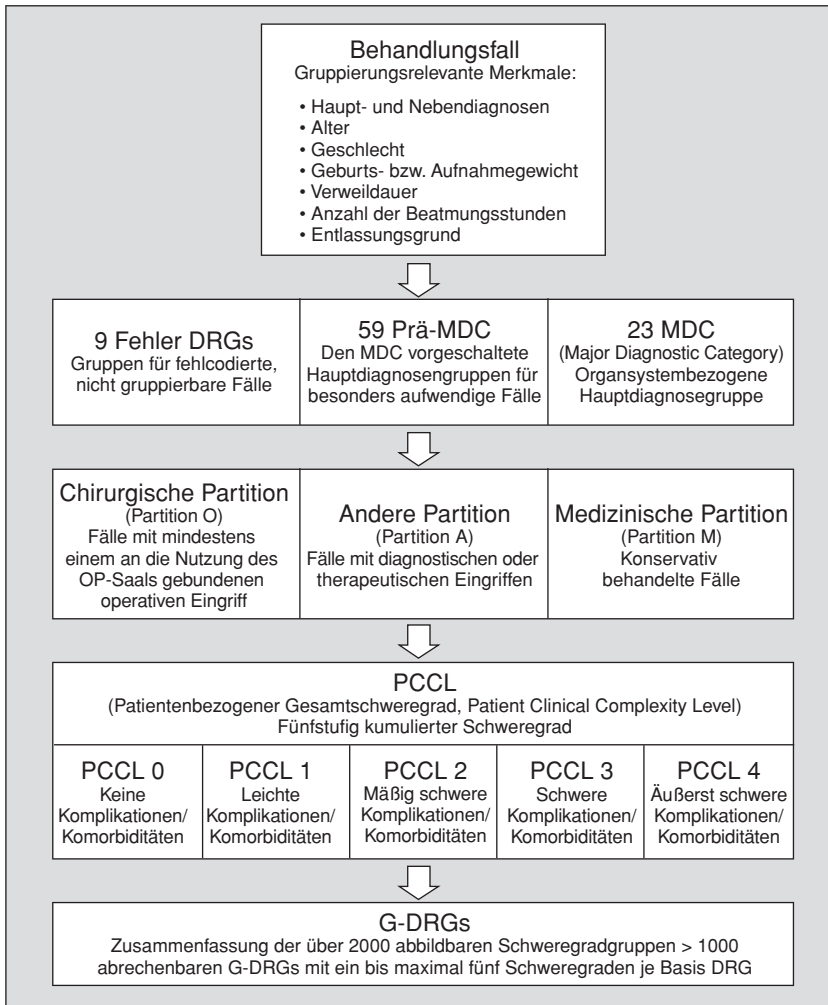


Abb. 1.1: Eingruppierung des einzelnen Behandlungsfalls in eine DRG (vgl. Greiling und Muszynski, 2008, S. 22)

sonstige Partition (A), in der überwiegend klar umrissene diagnostische oder therapeutische Fälle eingruppiert werden. Der abschließende Schritt des Gruppierungsprozesses wird über eine fünfstufige Gewichtung der Nebendiagnosen vorgenommen. Diese werden in einem PCCL-Wert (Patient Clinical Complexity Level) zusammengefasst, dem jeweils folgende Bedeutungen hinterlegt sind: PCCL 0: Nebendiagnose zählt nicht als Komplikation oder Begleiterscheinung der Hauptdiagnose, PCCL 1: Nebendiagnose zählt als leichte

Komplikation, PCCL 2: Nebendiagnose zählt als mittlere Komplikation, PCCL 3: Nebendiagnose zählt als schwere Komplikation, PCCL 4: Nebendiagnose zählt als schwere Komplikation (vgl. Greiling und Muszynski, 2008, S. 23).

Die so ermittelte DRG wird dann als vierstelliger alphanumerischer Code abgebildet. Beispielhaft setzt sich die DRG B67B „Morbus Parkinson ohne äußerst schwere Komorbidität, ohne äußerst schwere Beeinträchtigung“ aus folgenden Elementen zusammen (vgl. Abb. 1.2): Der Code B steht hier für die MDC 01, die Krankheiten und Störungen des Nervensystems zusammenfasst. Die Zahl 67 bezeichnet die Partition. Hier gilt, dass die Zahlen 0 bis 39 die chirurgischen Partitionen umfassen, 40 bis 59 sind für die sogenannten „anderen Partitionen“ reserviert und 60 bis 99 führen zu der „medizinischen Partition“ (vgl. InEK, 2009a). Insgesamt bilden die drei ersten Zeichen zusammen, hier B67, die sogenannte Basis-DRG. Basis-DRGs bestehen aus einer

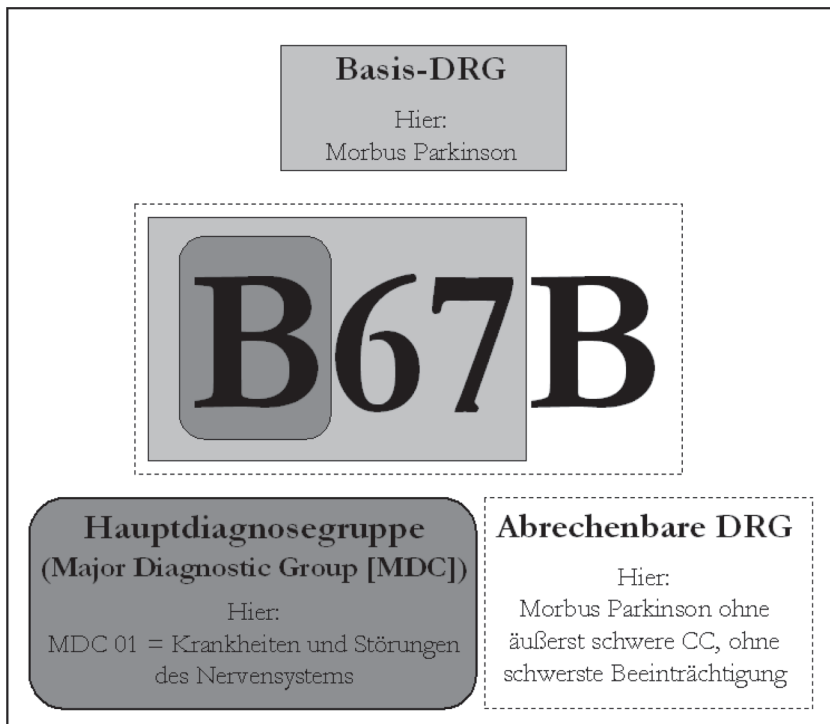


Abb. 1.2: Aufschlüsselung der Notation einer Fallpauschale (CC = Complication and Comorbidity)

oder mehreren abrechenbaren G-DRGs, die grundsätzlich über die gleichen Diagnosen und Prozeduren definiert sind, sich aber durch ihren Ressourcenverbrauch unterscheiden. Je nach Differenzierbarkeit des ökonomischen Aufwands werden die Basis-DRGs mithilfe der letzten Notationsstelle in Form eines Buchstabens in bis zu neun abrechenbare G-DRGs unterteilt (vgl. Brüning, 2010, S. 3 ff.). Der in einer Gruppe relativ höchste Ressourcenverbrauch wird durch „A“ gekennzeichnet, die folgenden Buchstaben bilden einen sukzessiv sinkenden Aufwand ab. Zur Differenzierung einer Basis-DRG wird eine Vielzahl unterschiedlicher Parameter hinzugezogen wie das Patientenalter, die Verweildauer sowie die Nebendiagnosen in Form des patientenbezogenen Gesamtschweregrads PCCL. In dem hier gewählten Beispiel der Basis DRG B67 erfolgt aufgrund der vorbestehenden Krankheitsschwere und der Komplikationen während der stationären Behandlung entweder eine Eingruppierung in die B67A oder, wie im Diagramm dargestellt, die weniger ressourcenverbrauchende B67B.

1.1.2 Abrechnung und Kennzahlen

Grundlage für die Abrechnung im DRG-System ist ein umfangreiches Datenmaterial, das dem InEK jährlich von einzelnen Krankenhäusern, den sogenannten Kalkulationshäusern, zur Verfügung gestellt wird (vgl. Papenhoff und Schmitz, 2009, S. 6) (vgl. Abb. 1.3). Aus dem Durchschnitt der Gesamtkosten aller DRGs wird anschließend ein fiktiver Basisfall ermittelt, dem ein Basisfallpreis und ein Relativgewicht von 1,0 zugewiesen werden. In Abhängigkeit von dem dokumentierten Ressourcenverbrauch werden den einzelnen DRGs Relativgewichte zugewiesen, die das Verhältnis des Ressourcenverbrauchs der betreffenden DRG zu dem Referenzwert 1,0 widerspiegeln (vgl. Rochell und Roeder, 2003, S. 476). So lässt sich beispielsweise ableiten, dass die mit einem Relativgewicht von 1,188 ausgestattete, oben genannte DRG B67B knapp 20 % mehr Ressourcen verbraucht als der Basisfall und im Verhältnis zur Nachbar-DRG B67A („Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung“) mit einem Relativgewicht von 1,682 einen um gut 40 % geringeren Ressourcenverbrauch aufweist.

Der tatsächliche Fallerlös einer DRG ergibt sich schließlich aus dem Produkt ihres Relativgewichts mit dem Basisfallpreis. Wie aus Tabelle 1.1 hervor-

2 Patienten und Methoden

In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen der aktuellen Studie vorgestellt, das Studiendesign erläutert sowie die gewählten statistischen Methoden beschrieben.

2.1 Das klinische Setting

Das Universitätsklinikum Münster (UKM) gehört mit ca. 1300 Betten und 7200 Mitarbeitern zu den großen deutschen Krankenhäusern der Maximalversorgung. Pro Jahr werden über 40 000 Patienten stationär und über 800 000 Patienten ambulant in 33 Kliniken und Polikliniken behandelt. Die Schwerpunkte in Krankenversorgung und Forschung bestehen in der Entzündungs- und Transplantationsmedizin, der Herz- und Gefäßmedizin, der Neuromedizin, der Prä-/Perinatal- und Reproduktionsmedizin sowie der Tumormedizin (vgl. Roeder, 2009, S. 288 f.).

Die Klinik und Poliklinik für Neurologie des UKM behandelt das gesamte Spektrum der neurologischen Erkrankungen. Besondere Schwerpunkte liegen in der Versorgung und Erforschung zerebrovaskulärer, neuroimmunologischer, neurodegenerativer, epileptischer und neurogenetischer Erkrankungen sowie neurologische Schmerzerkrankungen, Schlafstörungen und neurologische Manifestationen der HIV-Infektion (vgl. Roeder, 2009, S. 288 f.). Die Klinik und Poliklinik für Neurologie verfügt über zwei Normalstationen mit insgesamt 54 Betten, eine zertifizierte, überregionale Stroke Unit mit acht Observations- sowie neun High-care-Betten, eine neurologische Intensivstation mit dreizehn Therapiebetten und eine Tagesklinik mit neun Betten. Die Klinik betreibt darüber hinaus einen großen Ambulanzbereich, der neben der allgemeinen neurologischen Poliklinik zahlreiche Spezialsprechstunden für unter anderem Bewegungsstörungen, Epilepsie, Kopfschmerz, Muskelerkrankungen, Neuro-AIDS und Multiple Sklerose umfasst. In der Klinik sind 36 Ärzte (1 Klinikdirektor, 7 Oberärzte, 3 Fachärzte, 25 Weiterbildungsassistenten), 80 Pflegekräfte, 8 Physiotherapeuten, 1,5 Ergotherapeuten, 1,5 Logopäden und 6 medizinische Funktionsassistenten beschäftigt.

Auf den beiden neurologischen Normalstationen, deren ärztliche Versorgungsstruktur im Zentrum des in dieser Studie untersuchten Organisations-

ansatzes steht und die daher hier ausführlicher dargestellt wird, sind insgesamt fünf Assistenzärzte eingesetzt. Von diesen ist je ein Arzt für die Betreuung der Wahlleistungspatienten und der schlafmedizinischen Patienten zuständig. Drei Ärzte versorgen den großen Teil gesetzlich versicherter Patienten, die entweder als geplante Aufnahme oder nicht elektiv als (i) Notfallaufnahme, (ii) als Verlegung aus dem Akutbereich der Klinik für Neurologie (Stroke Unit und neurologische Intensivstation), (iii) als hausinterne Verlegung aus einer anderen Klinik des UKM oder (iv) als Verlegung von einer anderen, externen Klinik zugewiesen werden. Jeder der fünf Assistenzärzte wird von einem ihm fest zugeordneten Oberarzt bzw. Chefarzt supervidiert.

2.2 Studienaufbau

In diesem Kapitel werden Studienziel, Studiendesign und Intervention beschrieben.

2.2.1 Ziel

Das Ziel der Studie war, zu überprüfen, ob der Ansatz des Proaktiven Aufnahmemanagements und der ärztlichen Versorgung nach dem Consultant Concept (ProACC) zu einer Effizienzsteigerung bei der Behandlung der Patienten auf den neurologischen Normalstationen des Universitätsklinikums Münster führt. Zielgrößen und damit Endpunkte der Studie waren (i) die Anzahl der in den definierten Zeiträumen behandelten Patienten, (ii) die durchschnittliche Verweildauer und (iii) der in den Zeiträumen jeweils erzielte Case Mix.

2.2.2 Studiendesign

Die Studie wurde als retrospektiver Prä-post-Vergleich durchgeführt. Verglichen wurde eine Patientengruppe vor Einführung des ProACC mit einer Patientengruppe nach dessen Etablierung. Als Interventionsgruppe wurde die Kohorte der Patienten gewählt, die vom 01.01. bis 30.06.2009 in das UKM aufgenommen wurden und mindestens eine 60-minütige Behandlungszeit auf einer neurologischen Normalstation hatten. Die Kontrollgruppe bestand aus Patienten, die vom 01.01. bis 30.06.2008 in das UKM aufgenommen wurden und mindestens eine 60-minütige Behandlungszeit auf einer neurologischen Normalstation hatten (vgl. Abb. 2.1).