

Facharbeit

von

Frau Derya Mese

Im Rahmen der Weiterbildung zur Leitung einer ambulanten Pflegeeinrichtung/einer stationären Pflegeeinheit sowie Organisationsmanagement.

Fernlehrgang: 14

Thema: Einblick in die DRG

Abgabetermin: 06.Januar.2008

Inhaltsverzeichnis

Einführung.....	3
Kapitel 1: DRG: Was ist das?	4
Kapitel 2: Veränderungen bei Systemübergreifenden Dimensionen	8
Kapitel 3: DRG: Wozu brauchen die Pflegekräfte das DRG-System?	12
Kapitel 4: Welchen Beitrag kann die Pflege zu einem optimalen finanziellen Ergebnis leisten?	14
Kapitel 5: Der interne Leistungskatalog im Vergleich zum DRG-System	16
Kapitel 6: Unterschiedliche Auswirkungen des DRG-Systems auf die mittlere Personalebene eines Krankenhauses	18
Kapitel 7: Umsetzen/Integrieren der DRG in die Pflege sowie Mitarbeiterschulung bzw. Einarbeitung	22
Kapitel 8: Welche Erneuerungen erwarten uns 2009?.....	25
Kapitel 9: Schlusswort	31
Kapitel 10: Literaturverzeichnis	33

Einführung

Seit Einführung des DRG-Systems im Jahre 2002 müssen sich nicht nur Ärzte, sondern auch die mittlere Ebene des Krankenhauspersonals wie zum Beispiel Pflegende auf Station und technische Assistenz mit diesem System auseinandersetzen. Die Auswirkung für die unterschiedlichen Berufsgruppen sind nicht identisch. Aus der Sicht der mittleren Ebene des Krankenhauspersonals führt das DRG-System zum einen zu neuen Herausforderungen, die im Zusammenhang mit der Erlössituation des Krankenhauses stehen, zum anderen verändert die Einführung des DRG-Systems gerade für diese Berufsgruppe die Tätigkeit auf der Station und in den Funktionsbereichen. Bei knapper werdenden öffentlichen Ressourcen war eine Intention der Einführung des DRG-Systems die Einsparung öffentlicher Gelder. Üblicherweise führt die Optimierung eines Systems zu einer Verdichtung der Arbeitslast. In der hier vorgestellten Facharbeit soll deswegen neben den Grundzügen des DRG-Systems verschiedene Aspekte der Auswirkung desgleichen, der Mitarbeit der Pflegenden in diesem System und die Beeinflussung der Erlössituation durch die „neuen“ Tätigkeiten der mittleren Ebene des Krankenhauspersonals dargestellt werden.

Kapitel 1:

DRG: Was ist das?

Das Bewertungssystem „Diagnosebezogene Fallgruppen“ (Diagnosis Related Groups, DRG) ist ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für Krankenhausleistungen, mit dem fast alle Behandlungsfälle nach pauschalierten Preisen vergütet werden. Durch dieses System sollte mehr Transparenz in der Krankenhausvergütung erreicht werden. Mittels des oben genannten DRG-System werden Fallgruppen etabliert, die anhand bestimmter Kriterien wie Alter, Morbidität, Aufenthaltsdauer, Schweregrad der Erkrankung und Komplikationen einen Vergütungsschlüssel zugewiesen bekommen. Die Zuweisung eines Behandlungsfalls zu einer Fallgruppe erfolgt in einem definierten Verfahren. Es werden solche Behandlungsfälle zusammengefasst, die medizinisch und finanztechnisch eine hohe Ähnlichkeit aufweisen.

DRG-Entwicklung in Deutschland:

Per Gesetz (Fallpauschalengesetz) wurde im Jahre 2002 die Abrechnung der Deutschen Krankenhäuser nach DRG eingeführt. Damit wurde das „alte System“ der Tagespauschalen aufgehoben. Zunächst wurde in 2003 das Optionsmodell seitens des Gesetzgebers angeboten, sodass sich zunächst die Krankenhäuser freiwillig dem DRG-System stellen konnten. Im folgenden Jahr wurde die so genannte verpflichtende DRG-Einführung umgesetzt, woraufhin alle Krankenhäuser mit somatischer Ausrichtung dem transparenteren

Wettbewerb ausgesetzt wurden. Die Einführungsphase (2003-2004) war budgetneutral. Bis 2009 soll die Konvergenzphase abgeschlossen sein, bis dahin sind die primär landesweit unterschiedlichen Vergütungsmaßstäbe angeglichen, so dass dann bundesweit homogene Kostentransparenz vorliegen sollte. Zur Ermittlung der tatsächlichen Kosten für eine bestimmte Fallgruppe werden die Daten von Kalkulationshäusern benutzt, wie die folgende Tabelle zeigt:

Kostentabelle F50A (DRG-Browser 2008)

Kostenbereich	Kosten											Summe
	Personalkosten:			Arzneimittel		Sachkosten:			Pers. - u. Sachkosten:			
	Arztlicher Dienst	Pflegedienst	med. Techn. Dienst	4a	4b	Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur		
1	2	3			5	6a	6b	7	8			
01. Normalstation	199,2	394,8	27,2	29,1	2,6	0,0	24,9	2,3	132,3	448,5	1.260,9	
02. Intensivstation	26,3	53,2	1,9	6,1	0,6	0,0	9,5	0,4	12,5	31,5	141,9	
04. OP-Bereich	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,6	1,9	
05. Anästhesie	66,1	0,0	55,1	30,1	0,2	0,0	28,6	0,0	13,2	16,2	209,7	
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	324,0	0,0	242,3	34,5	10,0	17,2	83,9	3.648,2	133,4	185,8	4.679,0	
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	7,1	0,0	10,0	0,4	0,0	0,0	9,6	0,0	7,9	8,7	43,8	
09. Radiologie	31,1	0,0	29,4	0,6	6,5	0,0	12,1	2,8	17,9	26,0	126,3	
10. Laboratorien	4,2	0,0	29,1	1,7	1,1	0,0	31,1	0,5	3,0	14,6	85,3	
11. Übrige diagnostische und therapeutische	84,8	0,4	141,5	1,0	0,0	0,0	9,5	0,3	26,6	90,1	354,1	
Summe:	743,2	448,4	537,0	103,4	21,1	17,3	209,5	3.654,5	346,9	821,6	6.902,7	

Kardiologische Diagnostik & Therapie
4.679,0

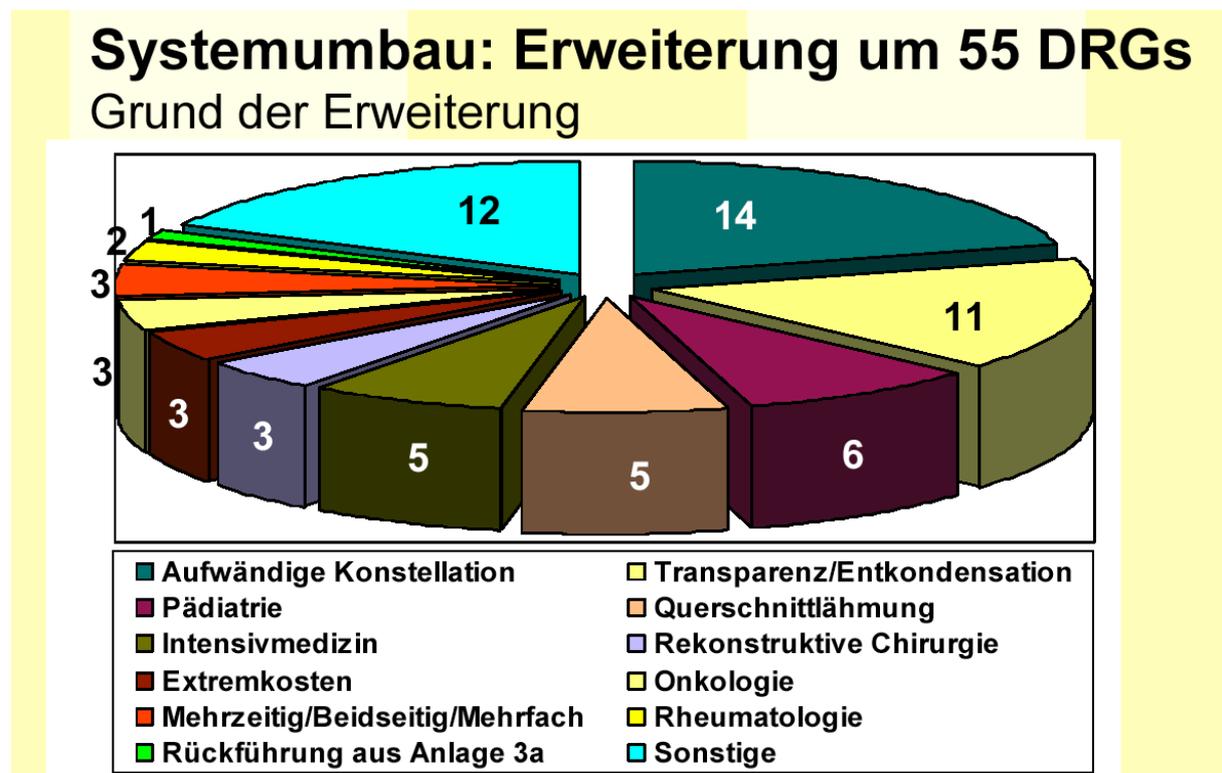
6.902,7

Kalkulationshäuser 2008: 328, davon 10 Univ.

Die jährlichen Klassifikationsversionen (OPS- bzw. ICD-Versionen) werden vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Internet veröffentlicht (www.dimdi.de). Damit wird das DRG-System als „lernendes“ System jährlich angepasst und verfeinert, leider auch unter

Inkaufnahme einer Ausweitung der Fallpauschalierung als auch der Prozedurenkataloge. So finden sich in der DRG-Neufassung für das Jahr 2009: 4- Kode-Streichungen, 22-Kode-Abwertungen, 22-Kode-Aufnahmen und 32-Kode-Aufwertungen.

Auf dem unten abgebildeten Kuchendiagramm ist die Einteilung der 55 neuen DRG s visualisiert.



Die 55 neuen DRG lassen sich nach Aussage des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GMBH) insbesondere auf folgende Themen zurückführen, wobei Überschneidungen nicht auszuschließen sind: Vierzehn DRG entstammen der Bildung neuer DRG auf Basis des neuen Split-Kriteriums „aufwändige Konstellationen“, elf DRG der Förderung von Transparenz und

Entkondensation, sechs einer Erweiterung in der Pädiatrie, jeweils fünf der weiteren Differenzierung in der Intensivmedizin und bei Querschnittslähmung.

Kapitel 2:

Veränderungen bei systemübergreifenden Dimensionen

Die CCL-Matrix (Tabelle zum Nachschlagen der CCL-Werte) hat eine auffällige Weiterentwicklung erfahren. Prozessoptimierung im Sinne einer steigenden Quantität sowie Qualität der Berechnungen wurden umgesetzt. Zudem wurden erstmals partitionsabhängige CCL-Werte berücksichtigt. Die durchgeführten Analysen konnten gegenüber dem Vorjahr auf das Achtfache gesteigert werden, u.a. begründet durch die Differenzierung in der Onkologie (3), in der rekonstruktiven Chirurgie (3), der Begegnung von Extremkosten (3) sowie mehrzeitige/ Mehrfach-Eingriffe (3) in allen Bereichen.

Die Gesamtanzahl der DRG für die Versorgung durch Belegabteilungen hat sich von 933 im Jahre 2008 auf 882 abgesenkt. Während sich die Anzahl der eigenständig kalkulierten Beleg-DRGs von 66 in 2008 auf 81 erhöhte, sank die Anzahl der analytisch abgeleiteten DRG von 867 in 2008 auf 801 DRG. Die kalkulierten DRG bilden zudem etwa 68 Prozent aller Belegfälle der § 21-Daten ab (Übermittlung und Nutzung von DRG-Daten, Zusammenfassung siehe unten).

Bezüglich der Einbelegungstag-DRG wurde das Konzept der vergangenen Jahre mit der Aufteilung in explizite (erläuternde / ausdrückliche Bestimmung) und implizite (Einbeziehung einer Sache) Einbelegungstag-DRG fortgesetzt. Für 2009 konnten 21 explizite Einbelegungstag-DRG (2008: 19) und 276 implizite Einbelegungstag-DRG (2008: 249) kalkuliert werden.

Um eine insgesamt bessere Homogenität zu erzielen, hat das InEK abermals 2008 zahlreiche ihm zur Verfügung stehende Differenzierungsmöglichkeiten im System in unterschiedlicher Zusammensetzung zur Lösung der einzelnen Problemkonstellationen genutzt. Die Varianz innerhalb des Systems wurde reduziert, die Spreizung (als Ausdruck der Differenzierung) zwischen der höchsten und der niedrigsten Bewertungsrelation erhöhte sich um 14 Prozent auf 78,355 (2008: 68,875). Im Ergebnis werden 330 Diagnosen aufwandsgerechter abgebildet, was mit vier Codestreichungen, 22 Codeabwertungen, 272 Codeaufnahmen und 32 Codeaufwertungen einhergeht. Die gegenüber den Codestreichungen und -abwertungen erhebliche Zunahme neu bewerteter Diagnosen in der CCL-Matrix ist insbesondere durch die Berücksichtigung angeborener Fehlbildungen zu erklären. Diese waren bereits historisch bedingt nicht sachgerecht in der Schweregradmatrix abgebildet. Insofern handelt es sich lediglich um die Korrektur eines bereits seit langem bestehenden Fehlers. In der Vergangenheit hat sich die Weiterentwicklung des DRG-Systems insbesondere auf fallzahlstarke Umbauten konzentriert, sodass in diesem Jahr insbesondere Abbildungslücken bei sehr aufwändigen, aber nicht so häufigen Fällen gesucht wurden. Für die besonders aufwändigen Fallkonstellationen wurde eine völlig neue Globalfunktion eingeführt. Hintergrund dieser Anpassung war die Tatsache, dass das Splitkriterium „Komplizierende Prozeduren“ laut Aussage des InEK einerseits zu prozedurenlastig war und somit relevante assoziierte Diagnosen nicht ausreichend berücksichtigte und andererseits die Tabellen zu den komplizierenden Prozeduren Leistungen enthielten, die im Laufe der Jahre nicht mehr als gleichwertig und ausgewogen zu erachten waren. Aus diesem Grunde wurden die komplizierenden Prozeduren der einzelnen MDC einer Prüfung unterzogen. Hierbei zeigte sich, dass durch Hinzuziehung spezifischer

Diagnosen ein deutlich besserer Hinweis auf aufwändige Fallkonstellationen erzielt werden konnte. Einige komplizierende Prozeduren wurden zudem aus den Listen vollständig gestrichen. Im Ergebnis wurde das Splitkriterium „Komplizierte Konstellationen“ in verschiedene MDC als Variante der bisher bestehenden Funktion „Komplizierende Prozeduren“ eingefügt. Laut InEK handelt es sich hierbei um einen ersten Schritt zur weiteren Differenzierung des Systems bei multifaktoriell begründeten Aufwandsunterschieden.

Zu den teilstationären Leistungen bleibt bedauerlicherweise nur anzumerken, dass abermals kein Fortschritt erzielt werden konnte. Trotz umfangreicher Analysen, insbesondere in der Geriatrie und zu Diabetes mellitus sowie nicht operativ behandelten Erkrankungen und Verletzungen im Bereich der Wirbelsäule und der Schmerztherapie konnten nach wie vor keine plausiblen Kalkulationsergebnisse und somit auch keine neuen DRG erreicht werden.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) sind gemäß Auftrag der Selbstverwaltungspartner auf ihre Integration in das DRG-Vergütungssystem hin zu überprüfen. Einer ersten Einschätzung zufolge gelang es, sechs NUB-Leistungen mit Status 1 in die Klassifikation der DRG unmittelbar zu überführen. Darüber hinaus konnten vier NUB-Leistungen bewertet und zwei unbewertet in die Zusatzentgelte integriert werden.

Auch die Zusatzentgelte haben in diesem Jahr 2007 lediglich einen moderaten Zuwachs um zwölf Zusatzentgelte erfahren, dies obgleich mehr als 200 spezielle und aufwändige Leistungen untersucht wurden. Die deutlichste Zunahme der Zusatzentgelte ist im Bereich der Medikamente und Blutprodukte zu ver-

zeichnen. Hier erfolgte erneut eine Ausweitung der Differenzierungsstufen insbesondere für Kinder. Für die Gabe von Thrombozytenkonzentraten wurde ein massiver Umbau der Dosisklassen durchgeführt, was bei den Budgetverhandlungen dringend zu berücksichtigen ist. Diagnostische Maßnahmen lassen nach wie vor erhebliche Defizite bei der Abbildung erkennen.

Zur Erläuterung der § 21-Daten:

Das Krankenhaus übermittelt auf einem maschinenlesbaren Datenträger jeweils zum 31. März für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr die Daten an eine von den Vertragsparteien nach § 17b Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu benennende Stelle auf Bundesebene (DRG-Datenstelle). Erstmals waren zum 1. August 2002 Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a bis c sowie Nr. 2 Buchstabe a bis f für alle entlassenen vollstationären und teilstationären Krankenhausfälle des ersten Halbjahres 2002 zu übermitteln.

Definition:

<http://www.buzer.de/gesetz/507/a6278.htm> (18.12.2008; 10.27 Uhr)

Kapitel 3:

DRG: Wozu brauchen die Pflegekräfte das DRG-System?

Durch die differenzierte Erfassung der Feinheiten einer Prozedur (beispielsweise) „PTCA und Stent“ ergeben sich, wie unten zu sehen ist, viele zusätzliche, abrechnungsrelevante Informationen.

Übersicht der verschiedenen Leistungen

PTCA und Stent mehrere Gefäße, 2 Stent DES	8-837.m2	8-837.01		
PTCA und Stent 1 Gefäß, 3 Stent DES	8-837.m3	8-837.00		
PTCA und Stent mehrere Gefäße, 3 Stent in mehreren Koronararterien DES	8-837.m4	8-837.01		
Diagnostik mit LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 1 Stent DES	1-275.2	8-837.m0	1-279.0	8-837.00
Diagnostik mit LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 2 Stent DES	1-275.2	8-837.m1	1-279.0	8-837.00
Diagnostik mit LV, PTCA und Stent mehrere Gefäße, 2 Stent DES	1-275.2	8-837.m2	1-279.0	8-837.01
Diagnostik mit LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 3 Stent DES	8-837.m3	1-275.2	1-279.0	8-837.00
Diagnostik mit LV, PTCA und Stent mehr. Gefäße, 3 Stent in mehr. Koronararterien DES	8-837.m4	1-275.2	1-279.0	8-837.01
Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 1 Stent DES	1-275.0	8-837.m0	8-837.00	
Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 2 Stent DES	1-275.0	8-837.m1	8-837.00	
Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent mehrere Gefäße, 2 Stent DES	1-275.0	8-837.m2	8-837.01	
Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 3 Stent DES	8-837.m3	1-275.2	1-279.0	8-837.00
Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent mehr. Gefäße, 3 Stent in mehr. Koronararterien DES	8-837.m4	1-275.2	1-279.0	8-837.01
Direktstenting 1 Gefäß, 1 Stent DES	8-837.m0	8-837.00		
Direktstenting 1 Gefäß, 2 Stent DES	8-837.m1	8-837.00		
Direktstenting 2 Gefäße, 2 Stent DES	8-837.m2	8-837.01		
Direktstenting 1 Gefäß, 3 Stent DES	8-837.m3	1-275.2	1-279.0	8-837.00
Direktstenting mehrere Gefäße, 3 Stent in mehreren Koronararterien DES	8-837.m4	1-275.2	1-279.0	8-837.01
Direktstenting 1 Gefäß, PTCA 1 Gefäß, 1 Stent DES	8-837.m0	8-837.00		
Diagnostik mit LV, Direktstenting 1 Gefäß, 1 Stent DES	8-837.m0	1-275.2	1-279.0	8-837.00
Diagnostik mit LV, Direktstenting 1 Gefäß, 2 Stent DES	8-837.m1	1-275.2	1-279.0	8-837.00
Diagnostik mit LV, Direktstenting 2 Gefäße, 2 Stent DES	8-837.m2	1-275.2	1-279.0	8-837.01
Diagnostik mit LV, Direktstenting 1 Gefäß, PTCA 1 Gefäß, 1 Stent DES	8-837.m0	1-275.2	1-279.0	
Diagnostik mit LV, Direktstenting 1 Gefäß, 3 Stent DES	8-837.m3	1-275.2	1-279.0	8-837.00
Diagnostik mit LV, Direktstenting mehr. Gefäße, 3 Stent in mehr. Koronararterien DES	8-837.m4	1-275.2	1-279.0	8-837.01
Diagnostik ohne LV, Direktstenting 1 Gefäß, 1 Stent DES	1-275.0	8-837.m0	8-837.00	
Diagnostik ohne LV, Direktstenting 1 Gefäß, 2 Stent DES	1-275.0	8-837.m1	8-837.00	
Diagnostik ohne LV, Direktstenting 2 Gefäße, 2 Stent DES	1-275.0	8-837.m2	8-837.01	
Diagnostik ohne LV, Direktstenting 1 Gefäß, PTCA 1 Gefäß, 1 Stent DES	1-275.0	8-837.m0	8-837.00	
Diagnostik ohne LV, Direktstenting 1 Gefäß, 3 Stent DES	8-837.m3	1-275.2	1-279.0	8-837.00
Diagnostik ohne LV, Direktstenting mehr. Gefäße, 3 Stent in mehr. Koronararterien DES	8-837.m4	1-275.2	1-279.0	8-837.01

Informationen zur Medikamentengabe haben ebenso einen großen Stellenwert, wie im ff. Bild beispielsweise an der Verwendung von gerinnungsaktiven Substanzen oder auch Thrombozytenkonzentrate zu sehen ist.

Hauskatalog: Thrombozythenaggregationshemmer

	1	1/2 Dosis oder Patient < 50 kg
	2	Normal (Standard)
	3	Patient > 100 kg
	AN	Angiox bis 1 Stunde
	AN1	Angiox bis 2 Stunden
	AN2	Angiox Dauerinfusion
	RH	Reopro



6-002.m Abciximab

.m0 05 mg bis unter 10 mg	.m1 10 mg bis unter 15 mg
.m2 15 mg bis unter 20 mg	.m3 20 mg bis unter 25 mg
.m4 25 mg bis unter 30 mg	.m5 30 mg bis unter 35 mg
.m6 35 mg bis unter 40 mg	.m7 40 mg bis unter 45 mg
.m8 45 mg bis unter 50 mg	.m9 50 mg und mehr

Auch wenn nicht alle Medikamente Zusatzgeltrelevant sind, ist es wichtig, diese im DRG-System zu erfassen und mit dem zugehörigen Kode zu verschlüsseln. Denn über die jetzt verschlüsselten Codes werden bei der neuen DRG-Erstellung die Zusatzentgelte bestimmt. Das bedeutet, dass je nach

Häufigkeit des benutzten Kodes die spätere Zusatzentgeldmenge davon abhängt.
Beispiel: Bivalirudin ist zur Zeit (2008) nicht relevant zur Erlangung eines

Zusatzentgeltes, aber 2009 wird dies voraussichtlich geändert werden, deswegen ist die Erfassung der Verwendung dieser Substanz bereits in 2008 sinnvoll.

Kapitel 4:

Welchen Beitrag kann die Pflege zu einem optimalen finanziellen Ergebnis leisten?

Beispiel: Rechnungsstellung

Leistung	Bezeichnung / Entgeltart §301 SGB V Fachabt. / Station	von	bis	Menge	Einzelpreis in EUR	KÜ	Gesamtpreis in EUR
DRG08F57B	Perkutane Koronarangioplastie mit komple / 7010F57B Basiswert 2.767,80 * Bewertung 0,938 =	06.05.08	08.05.08	1,0	2.596,20	100 %	2.596,20
WL2	Wahlleist. Zweibett-Zim. / 45000002	06.05.08	08.05.08	3,0	53,04	100 %	159,12
ZUAUSB	Zuschlag für Ausbildung / 75109002	06.05.08	06.05.08	1,0	59,63	100 %	59,63
ZUDRGS	DRG-Zuschlag für stationäre Fälle / 48000001	06.05.08	06.05.08	1,0	0,90	100 %	0,90
ZUGBA	Zuschlag für Gemeinsamen Bundesausschuss / 47100001	06.05.08	06.05.08	1,0	0,64	100 %	0,64
ZUQS	Qualitätssicherungszuschlag / 46009000	06.05.08	06.05.08	1,0	1,18	100 %	1,18
ZE20051901	Medikamente-freisetzende Koronarstents / 76000592	07.05.08	07.05.08	1,0	980,00	100 %	980,00
Zwischensumme:							3.797,67

An dem hier genannten Beispiel einer Rechnungslegung erkennt man, dass die Endabrechnung sich nicht allein aus den alleinigen Leistungen der jeweiligen DRG ergibt (Fallpauschale), sondern im Einzelfall in nicht unerheblichen Ausmaß von Zuschlägen beeinflusst wird, die insbesondere durch Pflegekräfte

erfasst werden müssen. Die Erfassung solcher Details sollte sinnvollerweise während des laufenden Arbeitsprozesses „nebenbei“ erfolgen.

Kapitel 5:

Der interne Leistungskatalog im Vergleich zum DRG-System

Der interne Leistungskatalog ist zunächst als Teilsumme des aktuellen DRG-Systems zu sehen. Wie oben bereits aufgeführt, führen die jährlichen Anpassungen des DRG-Systems zu einer Ausweitung der dringend zu berücksichtigenden Prozeduren. Damit die Leistungserfassung parallel zur Alltagsroutine in einer Abteilung reibungslos in das Krankenhausinformationssystem einfließen kann, bedarf es einer systematischen Vereinfachung und Reduktion des Ausgangssystems (also des aktuellen DRG-Systems) auf ein alltagstaugliches System, welches dann durch eigene „hausinterne“ Leistungsziffern widergespiegelt wird.

- Die OPS-Kodierung auf den Stationen muss zwingend in einfacher Form möglich sein.
- Die Kodierungssystematik muss so gestaltet sein, dass ein Vergessen nicht machbar ist.
- Die Erlösfindung ist unmittelbar an die korrekte OPS-Kodierung gebunden, denn der durch die Kodierung erforderliche bürokratische Mehraufwand wird derzeit nicht durch Personalmehrung Rechnung getragen.

Zu beachten ist vor allem bei solchen Katalogen, diese stets zu aktualisieren. Es müssen monatliche Kontrollen durchzuführen werden, ob die angelegten Kataloge noch dem aktuellen Standard-Programm in der jeweiligen Abteilung entsprechen. Beispielsweise muss bei neuen Koronarstents, die beschichtet sind und bislang in der Klinik nicht eingesetzt wurden, oder auch neue Medikamente, die erstmalig im Einsatz sind, der hausinterne Katalog erweitert werden.

Hauskatalog: Medikamentenbeschichtete Stents (33 Gruppen)

 ILL5017A	Diagnostik mit LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 1 Stent DES
 ILL5017A0	Diagnostik mit LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 2 Stent DES
 ILL5017A00	Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 2 Stent DES
 ILL5017A1	Diagnostik mit LV, PTCA und Stent mehrere Gefäße, 2 Stent DES
 ILL5017A11	Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent mehrere Gefäße, 2 Stent DES
 ILL5017A12	Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 3 Stent DES
 ILL5017A13	Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent mehr. Gefäße, 3 Stent in mehr. Koronararterien DES
 ILL5017A2	Diagnostik mit LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 3 Stent DES
 ILL5017AA	Diagnostik ohne LV, PTCA und Stent 1 Gefäß, 1 Stent DES
 ILL5017AB	Diagnostik mit LV, PTCA und Stent, mehrere Gefäße, 1 Stent DES
 ILL5017B	Direktstenting 1 Gefäß, 1 Stent DES
 ILL5017B1	Direktstenting 1 Gefäß, 2 Stent DES
 ILL5017B3	Direktstenting 1 Gefäß, PTCA 1 Gefäß, 1 Stent DES
 ILL5017B31	Direktstenting 1 Gefäß, 3 Stent DES

Um so ein Hauskatalog perfekt zu organisieren, muss die Kommunikation sowie der Informationsaustausch zwischen den Pflegekräften und den Ärzten außerordentlich gut stattfinden.

Kapitel 6:

Unterschiedliche Auswirkungen des DRG-Systems auf die mittlere Personalebene eines Krankenhauses

Bei genauer Betrachtung des DRG-Systems fällt auf, dass dieses System fast ausschließlich durch medizinische Diagnosen und Leistungen definiert wird. Folgerichtig ist zu erwarten, dass pflegerische Leistungen und Diagnosen unterrepräsentiert sind. Die Konsequenz einer solchen „Schieflage“ aus Sicht der Pflegenden bedeutet ebenso eine Minderauswirkung bei direkter fallbezogener Mitarbeit im DRG-System in Bezug auf die Erlössituation. Anders gesagt: Nebendiagnosen, die einen erheblichen pflegerischen Aufwand verursachen und von der Pflege besser und genauer dokumentiert werden als vom ärztlichen Personal (zum Beispiel Inkontinenz), führen nicht zu einer Fallschwereresteigerung und damit nicht zu einem höheren Entgelt. Unter Krankenhausmanagementaspekten ergeben sich für die einzelnen Geschäftsführungen Personalkonsequenzen: Ein System, welches die Arbeit einer Berufsgruppe (zum Beispiel des ärztlichen Personals) „besser“ honoriert als die anderer Krankenhausberufsgruppen (zum Beispiel des Pflegepersonals), führt dazu, dass Krankenhausmanager im „erlössteigernden“ Berufsgruppenbereich investieren, während wirtschaftlich unattraktivere Berufsgruppen nach Einführung des DRG-Systems keine wesentliche Aufstockung erfahren. De facto zeigen die Personalentwicklungszahlen diese Realität an: Während die Beschäftigtenzahl zwischen 1993 und 2003 insgesamt um 2,7 Prozent zurückging, stieg sie bei den Ärzten in diesem Zeitraum um etwa 20 Prozent. Die Umsetzung dieses Managementgedanken konterkariert die demographische Entwicklung in Deutschland: Von 1994 bis 2003 nahm die Altersgruppe der über 75-jährigen

Patientinnen und Patienten um etwa 25% zu. Man muss also kritisch hinterfragen, ob das DRG-System unter diesem

Gesichtspunkt wirklich zu einer angestrebten Verbesserung der stationären Krankenversorgung führt. Auch wenn die Einführung des DRG-System mit der Absicht, die Verweildauern im Krankenhaus zu kürzen und dadurch Kosten zu senken, nur einen seit langem sichtbaren Trend beschleunigt hat, führt die Kondensation von Arbeit – partiell auch durch die zusätzliche Dokumentationsarbeit im DRG-System – zu einer Reduktion der eigentlichen Pflegearbeit. Dies konnte unter anderem gut am so genannten DRG-Projekt der Universität Witten/Herdecke in den Jahren 2003 – 2005 gezeigt werden, die beiden unten angefügten Grafiken stellen Aspekte aus dieser Arbeit dar.

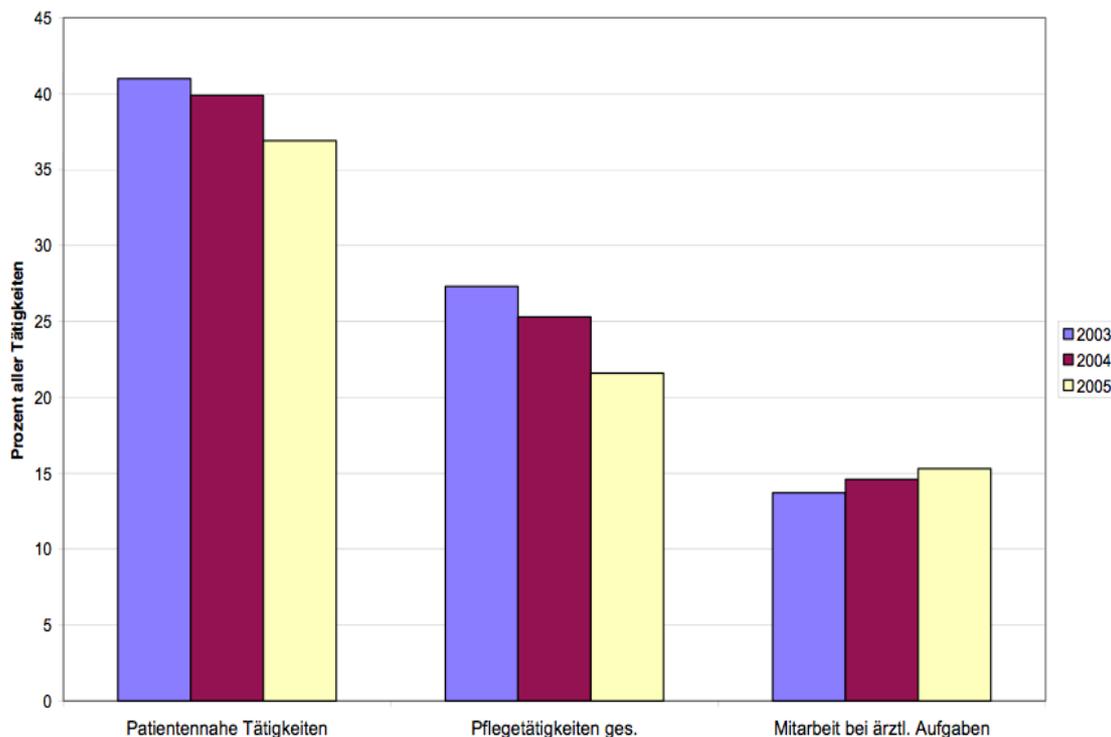


Abb. 1: Relative Anteile von Tätigkeiten des Pflegeteams.

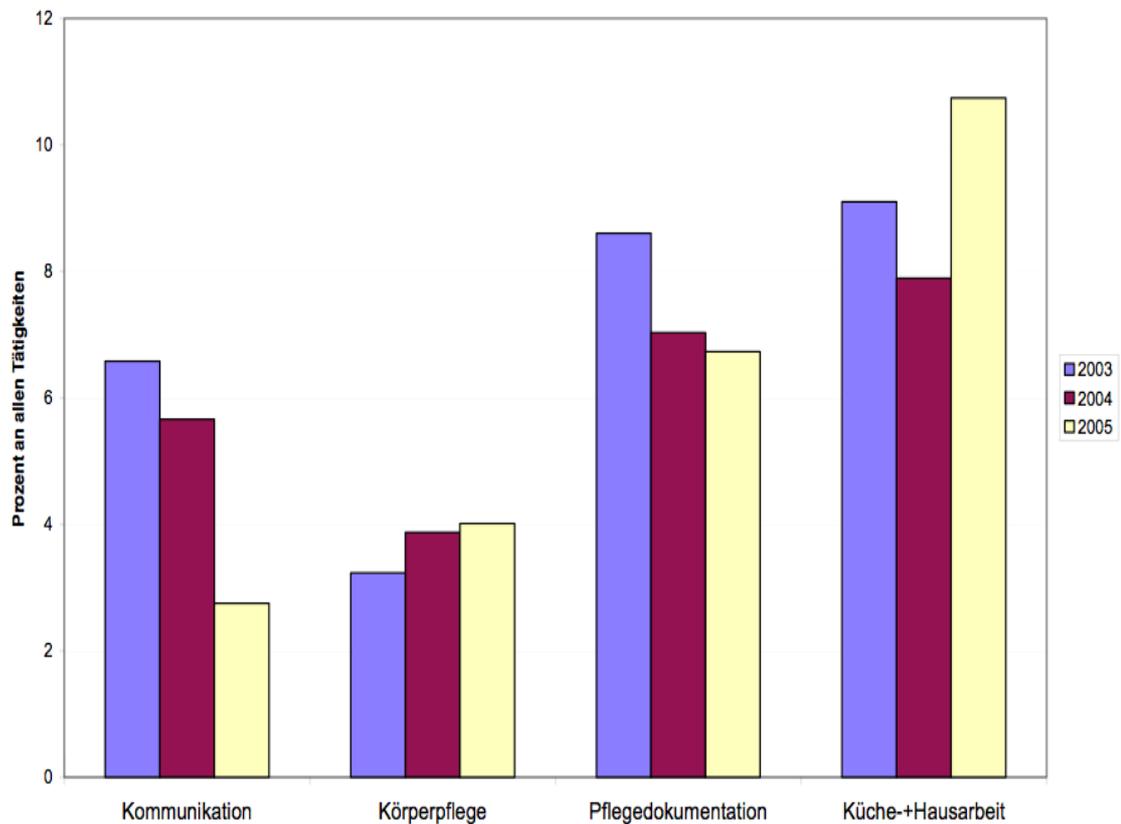
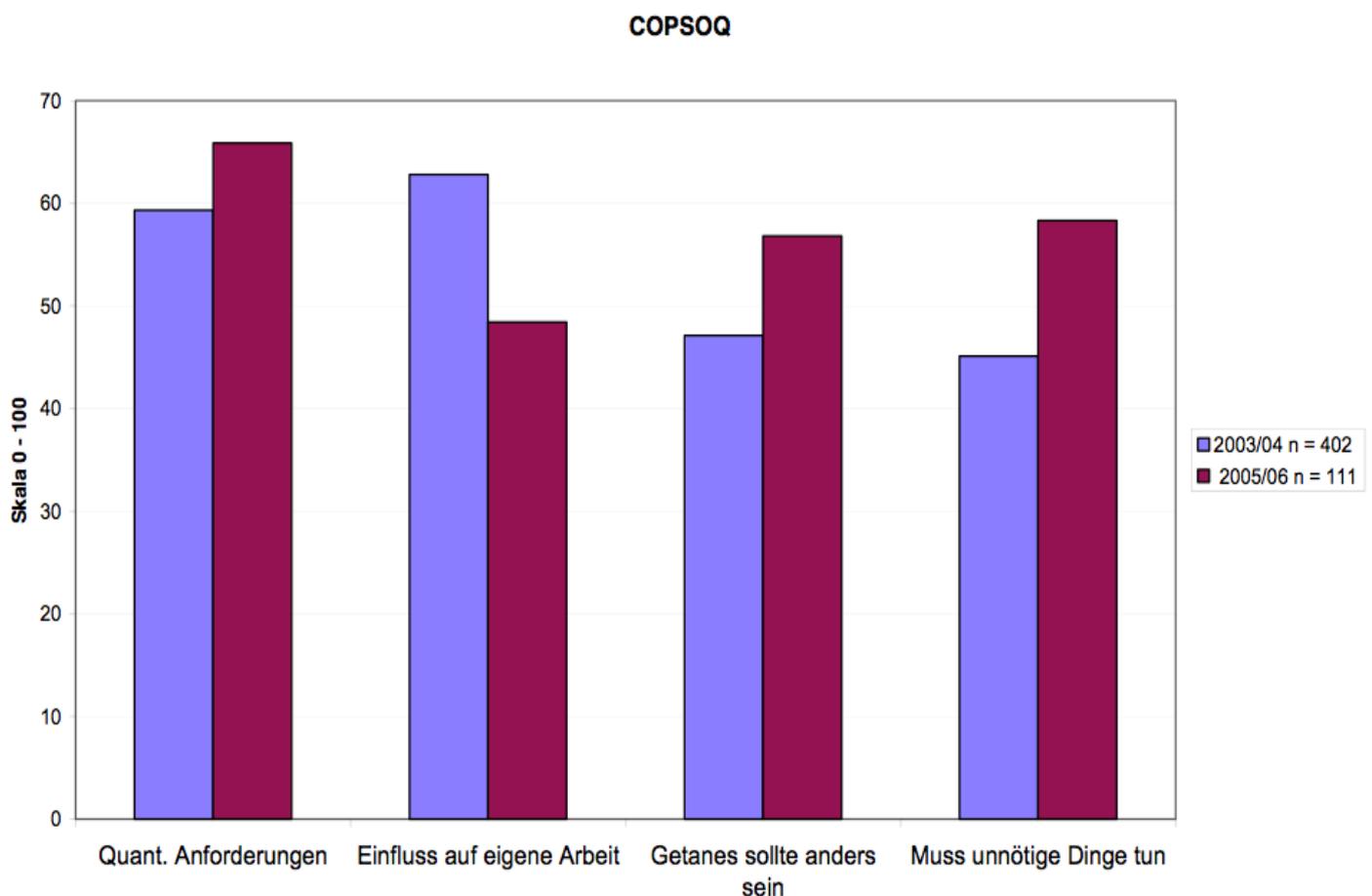


Abb. 2 Ausgewählte Einzeltätigkeiten des Pflorgeteams

Weitere Studien aus dem gleichen Zeitraum zeigen neben der Arbeitsverdichtung auch ein Verlust an Pflegequalität bei gleichzeitiger Zunahme von durch Ärzte delegierten Aufgaben, die somit nicht dem ureigenen Pflegeauftrag entsprechen. Oder anders gesagt: Bei zunehmend mehr älteren und kränkeren Patienten muss die „personell inadequat“ ausgestattete Pflegegruppe nicht nur mehr Pflege, sondern auch mehr nicht-pflegerische Arbeit leisten, die in der Summe aller Belastungen zu einer schlechteren Pflegequalität und größeren zeitlichen Distanz der Pflegenden zum Kranken führt. Die unten angeführte Grafik

aus 2 Projekten, die in den Jahren 2003 bis 2006 mittels eines für alle Berufe geeigneten Fragebogens (COPSOQ Copenhagen Psychosocial Questionnaire)

berufliche Belastungen und Beanspruchungen in den Pflegegruppen erfasst haben, dokumentiert Aspekte der oben skizzierten Überlegungen.



Die größere zeitliche Distanz der Pflegenden zu den Kranken führt insbesondere zu einer Reduktion an Kommunikation und Aufklärungsarbeit über die jeweilige Erkrankung des Patienten, so dass im Einzelfall eine Verzögerung der Entlass-

barkeit von Patienten aufgrund mangelnden Verständnis über die vorliegende Erkrankung der wirtschaftlichen Intention des DRG-Systems widerspricht. Die mittlere Personalebene eines Krankenhauses enthält aber nicht nur klassische

Pflegeberufe, sondern auch technisches Assitenzpersonal wie zum Beispiel Mitarbeiter des Herzkatheterlabors. Da diese Untergruppe eng an ärztliche Tätigkeiten gekoppelt ist, die wiederum (wie oben dargestellt) im Vergleich zur Pflegegruppe im DRG-System für ihre Leistungen „belohnt“ werden, ist zu erwarten, dass die Bedeutung dieser Untergruppe sich von der klassischen Pflegegruppe unterscheidet.

Kapitel 7:

Umsetzen/Integrieren der DRG in die Pflege sowie Mitarbeiterschulung bzw. Einarbeitung

1.) Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist eine reine Führungsaufgabe.

Die systematische Einarbeitung ist Voraussetzung für ein dauerhaftes, und erfolgreiches Zusammenarbeiten zwischen Ärzten und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Zufriedenheit am neuen Arbeitsplatz durch fachgerechte Einarbeitung führt zu hoher Motivation und langfristigem Verbleiben am Arbeitsplatz. Die Verantwortung für die Einarbeitung liegt bei den unmittelbaren Vorgesetzten: Die Einarbeitung ist eine wichtige Führungsaufgabe, die von den diesen gestaltet und kontrolliert wird.

Das zu erstellende Einarbeitungskonzept sollte folgende Punkte beinhalten:

- Information aller Betroffenen (was kodiere ich wie und wann?)
- Einführung durch ein persönliches Gespräch mit Vorstellung des Kodier-Systems (individuell verschieden in jedem Haus)
- Sinn und Zweck der Kodierung
- Förderung der persönlichen Integration in das Team
- Erfolgskontrolle (welcher Erlös ist erreicht bzw. steigt der CCL-Wert, wenn korrekt kodiert wird?).

Selbstverständlich sind Teile der fachlichen Einarbeitung delegierbar. Die mit der Einarbeitung beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden von ihren Vorgesetzten über das Einarbeitungskonzept informiert und sind zuständig

für die theoretische und praktische Einarbeitung in ihrem Gebiet. Sie kontrollieren auch die erreichten Arbeitsergebnisse. Die direkten Vorgesetzten besprechen die Leistungsfortschritte sowohl mit den Einzuarbeitenden als auch mit den Einarbeitenden, hierfür kann man sich von der Geschäftsleitung eine Jahresstatistik der kodierten Fälle geben lassen. Bei den einarbeitenden Pflegekräften ist der Arbeitsvorgang „Einarbeitung neuer Pflegekräfte“ als Tätigkeit von besonderer Schwierigkeit und Bedeutung bei der Arbeitsplatzbeschreibung und –bewertung zu berücksichtigen.

Für eine erfolgreiche Einarbeitung müssen auch die Einzuarbeitenden durch aktives Interesse und Eigeninitiative ihre Eignung beweisen und mit hoher Motivation die gestellte Aufgabe zu lösen versuchen. Es sollte daher bereits im Einführungsgespräch darauf hingewiesen werden, dass die Kodierung einen hohen und sehr wichtigen Wert auch für Pflegekräfte hat, und die Einarbeitung nur in einem wechselseitigen Prozess erfolgreich sein kann, für den beide Seiten verantwortlich sind.

2.) Zielsetzungen und Erwartungen an die Pflegenden Kodierkräfte

In der Einarbeitungsphase in das neue DRG-System sollen die neuen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in aller Hinsicht gefördert, aber auch gefordert werden.

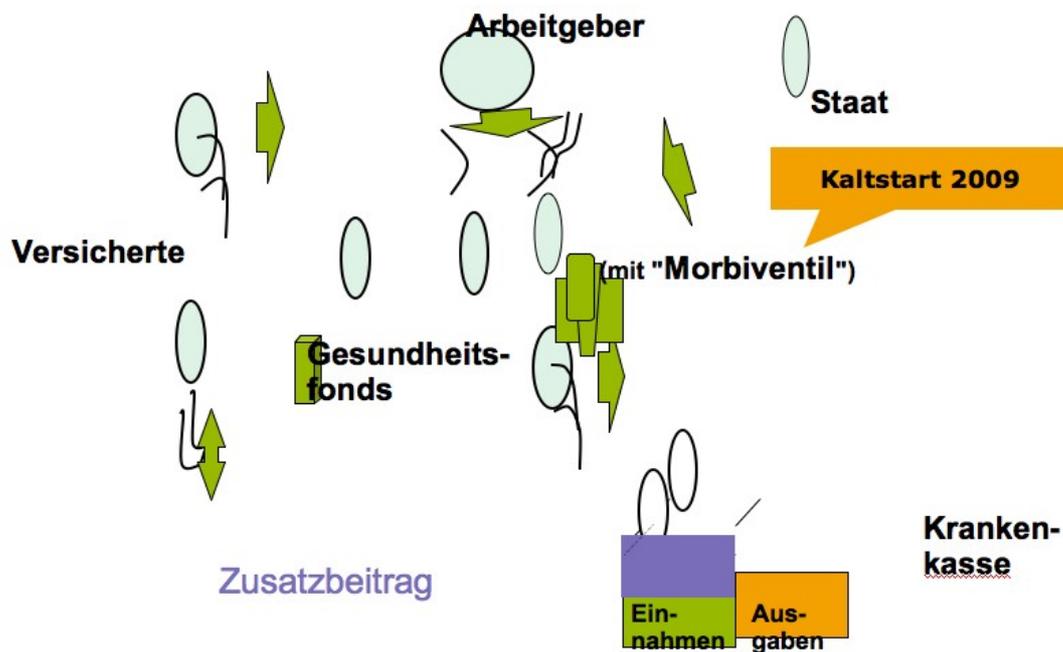
Die Abklärung vorhandener Erwartungen auf beiden Seiten hilft, spätere Enttäuschungen und Missverständnisse zu vermeiden und hält damit die Motivation der Pflegenden auf hohem Niveau. Eindeutige (abteilungsspezifische) Kodier-Leitfäden und qualifizierte Aufgabenstellungen sind idealerweise schriftlich beschrieben, eventuell auch durch Fallbeispiele zu erläutern.

Die individuellen Erwartungen in Hinsicht auf Kodierungsleistungen der Einzuarbeitenden treffen nicht nur auf konkrete Ziele und Aufgaben, sondern auch auf subjektive Vorstellungen und Erneuerungen der Vorgesetzten und der neuen Kolleginnen und Kollegen. Es liegt in beiderseitigem Interesse, auch dem der Abteilung, Kodierungen korrekt und vollständig durchzuführen, um geleistete Arbeit sowohl von ärztlicher als auch von pflegerischer Seite an die Abrechnungsstelle einzureichen.

Kapitel 8:

Welche Erneuerungen erwarten uns 2009?

Der Mobiditäts-Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) trägt im besonderen Maße als neues Instrument den unterschiedlichen Belastungen der Krankenkassen durch einen unterschiedlich hohen Anteil von kostenintensiven Therapien bei chronisch Kranken Rechnung. In diesem Zusammenhang muss auf die Einführung des sog. Gesundheitsfonds hingewiesen werden, der dazu führen wird, dass der Grundbetrag für die gesetzliche Krankenversicherung der verschiedenen Krankenkassen sich angleicht. Der Gesundheitsfonds wird durch prozentuale Beiträge der Arbeitgeber, der Versicherten (in Relation zu dem einzelnen beitragspflichtigen Einkommen) und des Staates getragen, die hier angesammelten Gelder fließen den Krankenkassen zu. Um den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen aufrecht zu erhalten, ermöglichen es die Regelungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds einen Zusatzbeitrag von max. 1% des beitragspflichtigen Einkommens seitens der Versicherten einzunehmen, sofern alle anderen finanztechnischen Möglichkeiten zur Kostenreduktion durch die betroffene Krankenkasse nicht ausreichen sollten, eine Unterdeckung der Ausgabenseite im Vergleich zur Einnahmenseite zu verhindern.



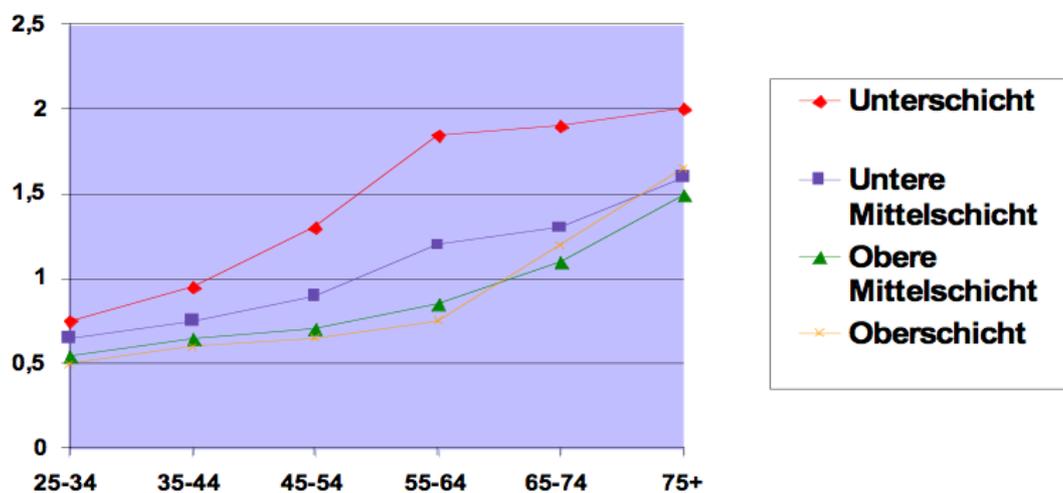
Andererseits erlauben es die Regelungen um den Gesundheitsfonds, dass bei Überdeckung der Einnahmenseite der jeweiligen Krankenkasse im Vergleich zur Ausgabenseite eine Rückerstattung an die Versicherten erlaubt ist. Der Morbiditäts-Risikostrukturausgleich ermöglicht einer überproportional mit chronisch Kranken belasteten Krankenkasse eine dritte Einnahmemöglichkeit nach Gesundheitsfondszuweisungen und Zusatzbeiträgen der Versicherten.

Seit langem ist bekannt, dass zwischen Alter, sozioökonomischen Status und chronischen Erkrankungen ein direkter Zusammenhang besteht. In einfachen

Worten: Je älter, je ärmer und je geringer die Bildung eines Versicherten ist, desto eher steigt sein relatives Risiko, an einer chronische Erkrankung zu leiden.

Gleichzeitig gilt aber: Je älter und je ärmer ein Versicherter ist, desto geringer ist sein Einkommen und damit die Einnahmemöglichkeit einer Krankenkasse über Zusatzbeiträge. Da innerhalb der unterschiedlichen Krankenkassen sehr unterschiedliche Versichertenkollektive vorliegen, ergibt sich hieraus die Notwendigkeit zum Ausgleich für bestimmte betroffene Kassen.

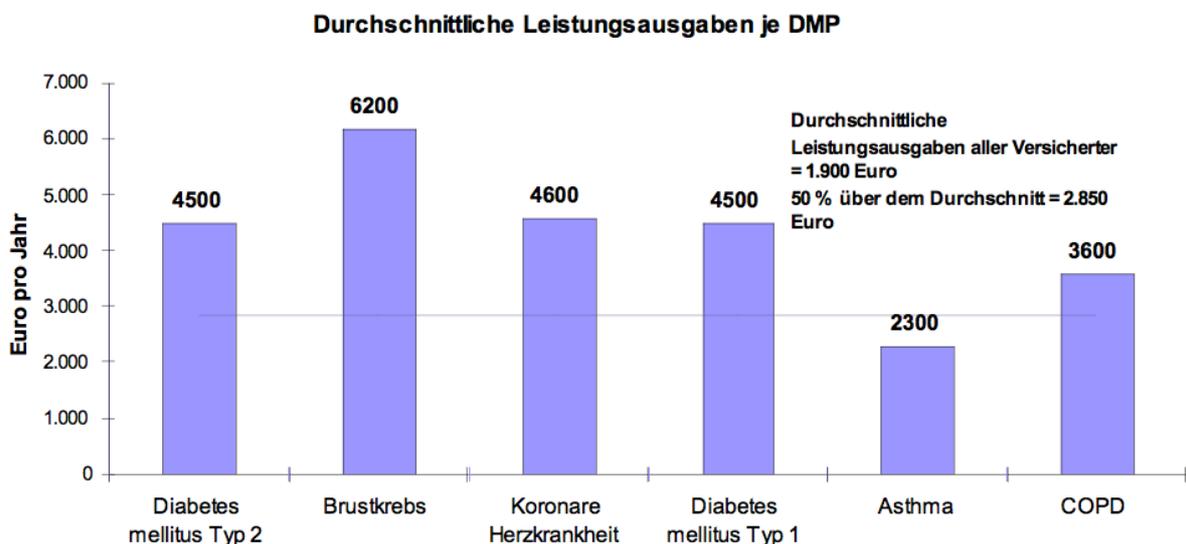
Beziehung zwischen Alter, chronischen Erkrankungen und sozioökonomischem Status



Quelle: House, Kessler, Herzog et al. (1990)
Sondergutachten Sachverständigenrat 1996

Ein Teil der chronischen „Volkskrankheiten“ wurden in verschiedenen DMPs (disease management program) erfasst und ausgewertet. Für die wichtigsten 6 DMPs ergibt sich eine durchschnittliche Kostensumme pro chronisch krankem Versicherten, die um einen gewissen Betrag oberhalb der durchschnittlichen Veranschlagung für einen GKV-Fall liegt. Diese Gruppe der kostenintensiven chronischen Erkrankungen kann man auf eine Anzahl von definierten 80 Krankheiten ausdehnen, wobei die durchschnittliche Leistungsausgabe pro Versicherten mit einer solchen Krankheit um mindestens 50% oberhalb der durchschnittlichen Leistungsausgabe für alle Versicherten liegen muss. Die ausgewählten Krankheiten sollen von besonderer Bedeutung für das Versorgungsgeschehen in der GKV sein und wesentlichen Einfluss auf das Kostengeschehen der Krankenkassen haben.

Risikostrukturausgleich (RSA)



Durch die unterschiedliche Häufigkeit dieser Krankheitsfälle innerhalb einer Krankenkasse kommt dann der jeweilige Morbiditätsrisikoausgleich (Transfer-summen) zwischen den einzelnen Krankenkassen zustande.

Tatsächliche Transfers 2003

Verband	RSA-Transfer durch DMP 2003 (Million €)
AOK	+ 3,0
BKK	- 2,2
BKN	+ 3,2
EAN	- 3,4
EAR	- 0,6
IKK	+ 0,2
SEE	- 0,1

Als Beispiel der differenzierten Betrachtungsweise mittels des Morbi-RSA kann ff. Grafik dienen:

Ausgleich für 50-jährigen Versicherten

Status Quo	Morbi-RSA (prospektiv)		
keine Differenzierung nach Gesundheitszustand	keine Erkrankung mit Kosten im Folgejahr	Diabetiker, ambulante Behandlung	Diabetiker, stationäre Behandlung mit Komplikationen
gleiche Gutschrift für alle 50-jährigen männlichen Versicherten <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 1.562 € </div>	Sockelbetrag für alle 50-54-jährigen männlichen Versicherten <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 392 € </div>	Zuschlag Ø-Kosten Diabetes mit Insulin <div style="background-color: orange; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> + 2.406 € </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 392 € </div>	<div style="background-color: purple; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Zuschlag Ø-Kosten Diabetes Komplikationen + 2.214 € </div> <div style="background-color: orange; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> + 2.406 € </div> <div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 392 € </div>
1.562 €	392 €	2.798 €	5.012 €

Die mittlere Personalebene im Krankenhaus ist durch die Erfassung wichtiger Morbiditätskriterien am Prozess der Entgeltverteilung aus Gesundheitsfonds, Zusatzentgelt und Morbi-RSA beteiligt.

Kapitel 9:

Schlussbeurteilung

Einschätzung und eigene Meinung zum Entwurf des Fallpauschalenkatalogs 2009

Zum Ende meiner Facharbeit möchte ich allgemein beurteilen, was für einen Ersteindruck ich von dem neuen Fallpauschalenkatalog 2009 bekommen habe. Festzustellen war, dass auch dieses Jahr im Vergleich zu den Jahren davor eine gemäßigte Akklimatisierung des Systems im Sinne einer Konsolidierung stattgefunden hat. Neben der verbesserten und vertieften Abbildung besonders aufwändiger Fälle oder Prozeduren (zum Beispiel Rekanalisationen von Herzkranzgefäßen) waren einige Korrekturen bzw. Spezialisierungen im gesamten System erforderlich, die sich aus vorherigen Umbauten ergeben haben.

Auch zu erkennen ist, dass in dem neuen Fallpauschalenkatalog die Bemühung um mehr Transparenz und Nachvollziehbarkeit für Pflegekräfte, Ärzte und des MDK angestrebt wurde.

Diese Detailinformationen stellen eine erste Einschätzung des Entwurfs des Fallpauschalenkataloges 2009 dar und ist daher nicht im Sinne einer dezidierten inhaltlichen Prüfung und Bewertung sämtlicher Veränderungen zu interpretieren. Trotz der erfreulichen Situation im Bezug auf die Veränderungen des Fallpauschalenkataloges sollten wir uns nicht auf den Standpunkt stellen, diese Änderung als Problemlösung zur allgemeinen Zufriedenheit der Krankenhäuser zu sehen. Umso mehr ist es wichtig, die Kodierungen intensiver zu gestalten und das zur Verfügung stehende Personal zeitgerecht zu schulen. Nur mit einem gut

eingespielten Team (Ärzte und Pflegepersonal) ist es möglich, eine korrekte Kodierung durchzuführen.

Natürlich darf nicht vergessen werden, dass das Personal, um eine umfassende Kodierung zu absolvieren, im bisherigen Arbeitsablauf einfach zu wenig Zeit hat, jedoch sollte jede Pflegekraft als Hintergedanken haben, dass die durch die Kodierung entstandene Rechnung später ihre gesicherte Arbeitsstelle ist, dies gilt natürlich auch für Ärzte.

Kapitel 9:

Literatur

Bartholomeyczik, S. (2002). Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In Kolb, S. et al. (20.11.2008; 22.38 Uhr)

IPPNW (Hrsg.), *Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde...* (229-235). Frankfurt am Main: Mabuse. (22.11.2008; 19.52 Uhr)

Eberl, I., Bartholomeyczik, S., & Donath, E. (2005). Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. *Pflege*, 18, 364-372. (17.11.2008; 20.19 Uhr)

Hunstein, D., & Bartholomeyczik, S. (2001). DRGs und Pflege. *Mabuse*, 130, 24-26. (16.11.2008; 14.29 Uhr)

Job, P., Voigt, H., & Leffler, K. (2006). Hohe übereinstimmung beim "heißen Eisen" Delegation. *Die Schwester Der Pfleger*, 690-694. (21.11.2008; 14.52 Uhr)

Nübling, M., Staßel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstruments*. Dortmund u.a.: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (01.12.2008; 00.52 Uhr)

Robert-Koch-Institut, & Statistisches_Bundesamt (2006). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut. (24.12.2008; 01.52 Uhr)

WHO - World Health Organization (1986): Ottawa Charta for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa

Eberl et al. 2005, Bartholomeyczik 2002; 2003/04 (Nübling et al. 2005) und 2005/06 www.arbik.de (16.12.2008; 05.59 Uhr)

Kapitel 1: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=33750> (22.12.2008; 06.38 Uhr)

Kapitel 2: http://www.vlk-online.de/files/articles/2008-10/200810_c85ea2ef02.pdf?PHPSESSID=575ad2f33519012f95a08c62ca4f2418 (25.12.2008; 14.53)

Kapitel 8: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=33750> (19.12.2008; 02.26 Uhr)