

6.8 Die wichtigsten Berichte zur Steuerung Ihres Krankenhauses unter DRGs

6.8.1 Fokus

Mit der Einführung des DRG-Systems in Deutschland sind die Anforderungen an die Krankenhaussteuerung erheblich gewachsen. Dies drückt sich sowohl im Umfang der zu verarbeitenden Informationen als auch in der Art und Anzahl der zu steuernden Kennzahlen aus. Diese Entwicklung macht es erforderlich, das Berichtswesen im Krankenhaus in wesentlichen Bereichen umzustellen.

Für die Krankenhäuser stellen sich in diesem Zusammenhang zwei wichtige Fragen:

- ▶ Welche Anforderungen sollte das Informationsmanagement des Krankenhauses erfüllen? (vgl. 6.8.3)
- ▶ Welche Berichte sind unter den neuen DRG-Bedingungen die wichtigsten, um das Krankenhaus erfolgreich zu steuern?

Die Antwort auf die zweite Frage wird in die Darstellung und Erläuterung von Berichten zur Mengensteuerung (vgl. 6.8.4.1), zur Verweildauer- und Bettensteuerung (vgl. 6.8.4.2), zur Steuerung der Dokumentationsqualität (vgl. 6.8.4.3) sowie zur Kosten- und Effizienzsteuerung (vgl. 6.8.4.4) unterteilt.

Es wird damit nicht der Anspruch erhoben, ein umfassendes Berichtswesen zur Steuerung eines Krankenhauses unter DRG vorzustellen. Vielmehr geht es darum, auf einige entscheidende Veränderungen im Zusammenhang mit der Einführung des DRG-Systems

tems in Deutschland aufmerksam zu machen und diese exemplarisch anhand von Musterberichten zu verdeutlichen.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst auf Probleme eingegangen, die mit der wachsenden Transparenz im Krankenhaus verbunden sind und in der Regel in Diskussionen über das Berichtswesen und dessen Nutzen in Erscheinung treten.

6.8.2 Vermeiden Sie Scheindiskussionen bei der Verbesserung Ihres Informationsmanagements

Ziel: mehr Transparenz Die Anpassung des Informationsmanagements im Krankenhaus an die DRG-Anforderungen führen zwangsläufig zu mehr Transparenz: Die Leistungserbringung im klinischen Bereich wird anhand der DRG-Gruppierungen, z. B. hinsichtlich der Behandlungszeiten, direkt vergleichbar. Chefärzte müssen sich z. B. die Frage gefallen lassen, warum sie für die Behandlung einer Fallgruppe drei oder vier Tage länger benötigen als die Krankenhäuser im Bundesdurchschnitt. Dass hier Widerstand und reale Konflikte vorprogrammiert sind, ist offensichtlich. Umso wichtiger ist es, Scheindiskussionen zu vermeiden, von denen hier zwei beispielhaft benannt werden sollen.

Statistisches Mittel ist maßgebend In Sitzungen, an denen Kaufleute und Ärzte miteinander über das DRG-System diskutieren, werden oft von Seiten der Ärzte Beispiele angeführt, in denen Eingruppierungen von Fällen in DRG-Gruppen vorgestellt werden, die aus ärztlicher Sicht nicht zu akzeptieren sind. Zum Beispiel werden Begleiterkrankungen genannt, die hohen Ressourcenaufwand er-

fordern, aber nicht zur Eingruppierung in eine DRG-Gruppe mit höherem Schweregrad führen. Je länger diese Kette von »ungerechten« Beispielen fortgesetzt wird, desto stärker verbreitet sich der Eindruck, das DRG-System sei unausgereift und würde die ärztliche Praxis unzureichend abbilden. Aus der Systemperspektive ist die »gerechte« Eingruppierung des Einzelfalls aber nicht relevant. Oder anders ausgedrückt: Das DRG-System hat nicht den (implizit unterstellten) Anspruch, jeden einzelnen Behandlungsfall korrekt abzubilden; es muss nur sichergestellt sein, dass im statistischen Mittel die Fälle einer Behandlungsgruppe adäquat bewertet werden. Aus diesem Grund ist eine Diskussion von »ungerecht« bewerteten Einzelfällen, die es immer geben wird, wenig zielführend. Ausreißer werden im System nur insofern »gerecht« abgebildet, als davon auszugehen ist, dass sich im Mittel die »Ungerechtigkeiten« kompensieren. Diese Perspektive auf die Behandlungsgruppe (DRG, MDC oder alle Fälle des Krankenhauses) ist aber für Ärzte, deren Ausbildung auf die Behandlung des einzelnen Patienten ausgerichtet ist, nicht die nahe liegende. Die Berücksichtigung der unterschiedlichen Herangehensweisen zur Beurteilung des DRG-Systems kann Diskussionen zwischen den Professionen versachlichen sowie Widerstände und negative Einstellungen gegenüber Veränderungen abbauen helfen.

Tipp: Vermeiden Sie Einzelfalldiskussionen

Das DRG-System kann prinzipiell nicht jeden Einzelfall »gerecht« abbilden. Es ist prinzipiell nur dazu in der Lage, die Fälle einer DRG-Gruppe im statistischen Mittel »gerecht« abzubilden. Mit »gerecht«

ist hier gemeint, dass sich die Über- und Unterbewertungen von Einzelfällen über große Fallzahlen ausgleichen.

Verbesserung des Daten- materials

Ein weiterer Konflikt ergibt sich aufgrund der Konsequenzen, die aus der unzureichenden Datenqualität zu ziehen ist. Die Berichte des Controllings bzw. Medizincontrollings werden von den Ärzten oft kritisiert und in ihrem Aussagewert kritisch hinterfragt, weil die Qualität der zugrunde liegenden Daten unzureichend ist. Damit werden der jeweilige Bericht, das gesamte Berichtswesen oder auch pauschal die mit dem DRG-System verbundenen Veränderungsprozesse infrage gestellt und zurückgewiesen. Als Argument wird angeführt, dass die Qualität der Daten so schlecht sei, dass eine Steuerung des Krankenhauses auf dieser Basis nicht möglich, ja sogar »gefährlich« erscheine. Dieses Argument lässt sich mit der Frage an die Kritiker entkräften, was sie statt eines Berichtswesens vorschlägen. In dieser Diskussion wird schnell deutlich, dass Daten nie »optimale« Qualität haben. Die Qualität von bisher nicht oder in anderem Zusammenhang gebrauchten Daten ist quasi gesetzmäßig unzureichend. Denn Daten gewinnen erst dann an Qualität, wenn sie »benutzt«, d. h. kommuniziert werden, die Empfänger der Berichte also die Plausibilität dieser Daten prüfen und an die Datenerfasser und -verarbeiter (die sie auch selber sein können) zurückmelden. Die kritische Diskussion um die Qualität und Aussagekraft von Daten und Berichten ist ein notwendiger Prozessschritt zur Verbesserung ihrer Qualität.

Tipp: Ziehen Sie aus der unzureichenden Qualität Ihrer Daten die richtigen Schlussfolgerungen

Auch mit unzureichender Datenqualität lässt sich ein Krankenhaus steuern, wenn sich die Fehlerbereiche annähernd abschätzen lassen.

Der einzige Weg zur Verbesserung der Datenqualität ist es, zwischen den Personen, die die Daten erfassen, verarbeiten und benutzen, ein Feedback zu organisieren.

6.8.3 Wie gut ist Ihr Informationsmanagement auf die Krankenhaussteuerung unter DRG vorbereitet?

Die wachsenden Anforderungen an das Informationsmanagement im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen lässt sich festmachen anhand

- ▶ der eingesetzten Informationstechnologie
- ▶ der Qualifikationen der Mitarbeiter (IT und Controlling/Medizincontrolling)
- ▶ ihrer Aufgaben und Kompetenzen
- ▶ der Kommunikationsstrukturen und -regeln des Krankenhauses
- ▶ der Kommunikationsinstrumente, also in erster Linie anhand des Berichtswesens

Mit den folgenden acht Fragen können Sie das Informationsmanagement Ihres Krankenhauses auf den Prüfstand stellen. Bitte notieren Sie die Anzahl Ihrer Ja-Antworten.



Checkliste: Wie gut ist Ihr Informationsmanagement?

1. Veröffentlicht Ihr Controlling/Medizincontrolling regelmäßig Berichte mit allen steuerungsrelevanten Informationen?
2. Werden diese Informationen kommuniziert und für die Steuerung Ihres Hauses genutzt?
3. Benötigt Ihr Controlling/Medizincontrolling weniger als 10 % seiner Arbeitszeit für das Standard-Berichtswesen (inklusive der Datenaufbereitung)?
4. Ist das Berichtswesen frei von Widersprüchen und Inkonsistenzen?
5. Bekommen Sie Auswertungen über alle Informationen, die in Ihrem Krankenhausinformationssystemen erfasst werden?
6. Verknüpfen Sie problemlos fallbezogene Daten aus verschiedenen EDV-Systemen?
7. Liefert Ihr Controlling/Medizincontrolling Ihnen gewünschte Ad-hoc-Abfragen und Berichtsmodifikationen zeitnah?
8. Beschäftigt sich Ihr Controlling/Medizincontrolling zu mehr als 20 % seiner Zeit mit strategischen Fragen?

Auswertung Die **Frage 1** bezieht sich auf die Existenz eines Berichtswesens, das vollständig ist und regelmäßig veröffentlicht wird. Für jeden Bericht sollte definiert sein, wer ihn wann bekommt. Auch das Medium spielt hier eine Rolle: Verteilen Sie die Berichte in Papierform oder elektronisch per E-Mail oder als HTML-Dokumente im Intranet? Oder hat jeder Nutzer die Möglichkeit, selber im Management-Informationssystem zu recherchieren? Bekommen alle alles oder

bekommt jeder nur die Informationen, die er benötigt?

Der Nutzen eines Berichts kann nur aus der Funktion einer Information und einem damit verbundenen Ziel begründet werden. Das Ziel eines Berichtes kann die bloße Information von Mitarbeitern oder auch mit einem konkreten Steuerungsauftrag verbunden sein (vgl. **Frage 2**). Dies schließt ein, dass der Adressat des Berichts genau die Informationen (und möglichst nur die) bekommt, die er selber für relevant hält und für seinen »Job« benötigt. Ein monatlicher Berichtsordner mit 50 Seiten oder mehr erweckt zwar den Eindruck eines umfassenden Informationsangebots und großer Transparenz, bewirkt in der Praxis aber oft das Gegenteil: Die Adressaten legen die Berichte ungelesen zur Seite.

Die Herausgeber eines Berichtswesens sind aber nicht nur für die korrekte Darstellung der Informationen und ihre adäquate Verteilung verantwortlich, sondern sollten bei den Adressaten der Berichte aktiv erfragen, ob diese in Form und Inhalt dem Informationsbedürfnis und dem Steuerungsauftrag gerecht werden.

Beispiel: Konsistente Fallzahlenberechnung innerhalb eines Berichtswesens



Wird z. B. die Fallzahl in einem Berichtswesen nach der bekannten Formel »(Aufnahmen + Entlassungen)/2« über eine zeitliche Periode berechnet, so mag dies zur Betrachtung von Kosten angemessen sein. Im DRG-Zeitalter führt dies aber zu erheblichen Konfusionen, da ein Krankenhausfall frühestens im Moment seiner Entlassung definierbar ist

Fortsetzung

(Krankenhaustauptdiagnose, Verweildauer etc.). Zudem führt die erstgenannte Formel zu »halbierten Fällen«, die immer wieder zu Gelächter und damit zu Imageverlusten bei den Klinikern führt.

Die Herausgabe eines Berichtswesens sollte an einen Kommunikationszyklus gebunden sein, in dem in regelmäßigen Besprechungen anhand der Berichte die Steuerungsaufgaben und -ziele mit den Verantwortlichen überprüft und angepasst werden.

Lassen Sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihres Controllings bzw. Medizincontrollings über die Verwendung ihrer Arbeitszeit über ein Quartal hinweg protokollieren. Eine Auswertung wird Ihnen zeigen, wie viel Zeit die Herausgabe des Berichtswesens benötigt und wie viel Zeit davon auf die Aufbereitung der Daten entfällt (vgl. **Frage 3**). Ein großer Zeitanteil für die Datenaufbereitung weist darauf hin, dass Ihre Informationstechnologie Mängel hat. In vielen Krankenhäusern existieren ganze »Exceltabellen-Netze«, deren Verknüpfungen nicht dokumentiert und damit weder nachvollziehbar noch reproduzierbar sind. Dass dies keine geeignete Grundlage ist, um in Ihrem Krankenhaus Transparenz zu schaffen, liegt auf der Hand.

Auf mögliche Widersprüche und Inkonsistenzen des Kennzahlensystems (vgl. **Frage 4**) wurde bereits im Zusammenhang mit der Fallzahlenberechnung hingewiesen. Je komplexer ein Berichtswesen ist, desto schwerer ist es, diese Inkonsistenzen zu vermeiden. Schon der Unterscheidung zwischen Krankenhausfällen (in der DRG-Systematik) und Abteilungsfällen

(jede interne Verlegung wird als Fall berücksichtigt) ist in den Abteilungen nicht leicht zu kommunizieren. Dasselbe gilt für die Verweildauern auf Krankenhausebene (Tage/Krankenhausfälle) bzw. auf Abteilungsebene (Tage/Abteilungsfälle). Jedes Berichtswesen sollte aus diesem Grund um ein Glossar ergänzt werden, das neben den Zielgruppen und den Steuerungszielen auch die verwendeten Kennzahlen erklärt, deren Berechnungsgrundlage offen legt und ggf. ihre Bedeutung gegenüber anderen Kennzahlen abgrenzt (z. B. den Unterschied zwischen Krankenhaus- und Abteilungsfällen).

Der Zugang zu den in den unterschiedlichen Informationssystemen eines Krankenhauses dokumentierten Daten ist nach wie vor unbefriedigend. Die Situation ist paradox: Einerseits leiden die Krankenhäuser unter einer Daten- und Dokumentationsflut (dies wird z. B. von jedem Stationsarzt und jeder Schwester bestätigt), andererseits klagen sie zu Recht über Informationsmangel. Verursacht wird dieser durch das Fehlen leistungsfähiger Managementinformationssysteme und den unzureichenden Integrationsgrad der existierenden EDV-Systeme. Fragen nach Anzahl, Art und Kosten von Labor- oder Radiologieleistungen für eine bestimmte DRG sind in vielen Krankenhäusern heute nicht oder nur mit sehr hohem Aufwand möglich. Ein Qualitätskriterium Ihres Informationsmanagements liegt aus diesem Grund in der Zugänglichkeit Ihrer Daten (vgl. **Frage 5 und 6**).

Bei Einführung eines Managementinformationssystems stellen die Controllingabteilungen von Krankenhäusern fest, dass auf jede beantwortete Ad-hoc-Anfrage zwei neue gestellt werden. Es spricht sich

sehr schnell im Krankenhaus herum, wo man Antworten auf seine Fragen bekommt. Damit wächst zunächst der zeitliche Aufwand für die Bearbeitung von Ad-hoc-Anfragen sprunghaft an. Entscheidend ist nun die Performance Ihres Controllings bzw. Medizincontrollings, die durch die Qualifikation Ihres Personals aber auch durch die Zugänglichkeit Ihrer Daten, den Integrationsgrad Ihrer EDV-Systeme und die Leistungsfähigkeit Ihres Managementinformationssystems determiniert ist. Diese Performance, also die Zeit für die Beschaffung einer gewünschten Information, tritt auch bei gewünschten Modifikationen von Berichten oder Ad-hoc-Anfragen besonders deutlich zu Tage. Stellen Sie sich bitte vor, Ihnen liegt ein komplexer Bericht Ihres Controllings vor und Sie erkennen aus den Zahlen, dass eine weitere Differenzierung z. B. nach Einzugsgebieten wichtig wäre, um eine Entscheidung zu fällen. Ist es Ihnen in dieser Situation schon passiert, dass Sie einen Anflug von Verzweiflung im Gesicht Ihres Controllers erkannt haben? Oder hat er vielleicht sogar empört gefragt, warum Sie denn das nicht gleich gesagt hätten, nun müsse er wieder zwei Tage in seinen Daten wühlen, um die gewünschte Differenzierung in den Bericht einzuarbeiten? Diese Reaktion Ihres Controllers ist ein eindeutiges Indiz für ein Performance-Problem Ihres Informationsmanagements (vgl. **Frage 7**), denn mit Hilfe von entsprechenden EDV-Werkzeugen könnte Ihr Controller die angesprochene Berichtsmodifikation in wenigen Sekunden erstellen.

Mit der Umstellung auf das deutsche DRG-System müssen Krankenhäuser viele strategische Fragen beantworten. Außerdem sind die Zeitfenster, in denen eine Entscheidung fallen muss, oft relativ eng. Ver-

schärft wird der Entscheidungsdruck oftmals durch Entscheidungsprozesse, die auf der Ebene der Selbstverwaltung oder Politik verschleppt wurden. Auch wenn noch nicht alle Prämissen feststehen, müssen Sie unter Umständen wichtige Entscheidungen fällen: Wie soll das Leistungsportfolio des Krankenhauses aussehen? Wie viele Leistungen sollen in welchen Bereichen (DRGs) erbracht werden? Welche Verschiebung in diesem Leistungsportfolio würde zu welchen Erlös- und Kostenveränderungen führen? Wie ließen sich die gewünschten Veränderungen des Portfolios steuern? Welche Erlös- und Kostenrisiken sind damit verbunden? Die Beantwortung dieser Fragen erfordert viel Aufwand und Zeit für Ihr Controlling und auch viele Diskussionen im Hause. Wenn Sie strategische Fragen für Ihr Krankenhaus diskutieren und in kritischen »Zeitfenstern« entscheiden müssen, benötigen Sie die entsprechende Performance Ihres Controllings (vgl. **Frage 8**). Unbekannte Prämissen, die die Darstellung unterschiedlicher Szenarien notwendig machen (z. B. Berechnungsvarianten auf Basis unterschiedlicher Base-rates), sind besonders zeitaufwändig.

Auswertung: Wie gut ist Ihr Informationsmanagement?

Anzahl der Ja-Antworten	Aussage
7-8	Das Informationsmanagement Ihres Krankenhauses entspricht weitgehend den Anforderungen des DRG-Zeitalters.
5-6	Das Informationsmanagement Ihres Krankenhauses kann noch optimiert werden. Sie sollten Ihre Nein-Antworten noch einmal kritisch auf den Handlungsbedarf überprüfen.

Fortsetzung	
4-5	Das Informationsmanagement Ihres Krankenhauses hat deutliche Mängel. Es besteht in mehreren Bereichen Handlungsbedarf.
0-3	Das Informationsmanagement Ihres Krankenhauses ist unzureichend. Eine Steuerung Ihres Krankenhauses unter DRG-Bedingungen scheint unmöglich. Es besteht akuter Handlungsbedarf.

6.8.4 Musterberichte zur Krankenhaussteuerung unter DRG

In den folgenden Abschnitten sollen Musterberichte vorgestellt werden, die die Basis eines Berichtswesens mit dem Schwerpunkt DRG bilden. Dabei werden die Neuerungen des deutschen DRG-Systems berücksichtigt und umgesetzt (effektive Kostengewichte, CMI auf Basis des relativen und effektiven Kostengewichts, Zu- und Abschläge etc.). Am Ende jedes Abschnitts werden weitere Berichte genannt, die ergänzende Informationen zur Krankenhaussteuerung unter DRG liefern.

6.8.4.1 Mengen und Erlössteuerung

Die Mengensteuerung soll sicherstellen, dass die geplante Leistungszahlen tatsächlich erreicht und kurzfristige Veränderungen (Trends) frühzeitig erkannt werden. Mit dem Ist-Soll-Vergleich der Fallzahlen (vgl. Abb. 1) kann unterjährig überprüft werden, ob die geplante Anzahl der behandelten Krankenhaushfälle je MDC-Gruppen, Basis-DRGs oder DRGs bis zu diesem Zeitpunkt tatsächlich erbracht wurde. Dieser Vergleich sollte monatlich erfolgen. Durch

einen Doppelklick auf eine MDC-Gruppe kann der Detaillierungsgrad dieses Berichts verändert werden (Drill-down), sodass die Basis-DRGs dieser MDC-Gruppe oder durch einen weiteren Doppelklick die DRGs einer Basis-DRG dargestellt werden. Dies setzt den Einsatz der OLAP-Technologie (Online Analytical Processing) in Ihrem Managementinformationssystem voraus.

Fallzahlen (Ist-Soll) nach MDC, Basis-DRG und DRG							
Periode: bis Feb 2000							
Cube: D:\Daten\MIC\Cube\DRG-Controlling 2.0.mdc vom 14.11.2002							
Bericht: Fallzahlen (Ist-Soll) nach MDC, Basis-DRG und DRG (Abb 1). ppr von DRG-Controlling 2.0 (Reporter) vom 04.03.2003							
	Jan 2000 (Plan)	Feb 2000 (Plan)	Summe (Plan)	Jan 2000 (Ist)	Feb 2000 (Ist)	Summe (Ist)	Summe (Ist) – Summe (Plan)
04: Atmungsorgane	93	93	186	128	145	273	87
E01: Große Eingriffe am Thorax	1	1	2	2	2	4	2
E02: Andere OPs an den Atmungssystemen	0	0	0	0	5	5	5
E60: Zystische Fibrose (Mukoviszidose)	0	0	0	0	1	1	1
E61: Lungenembolie	9	9	19	10	10	20	1
E62: Infektionen und Entzündungen des Atmungssystems	29	29	58	44	58	102	45
E63: Sleep Apnoea	0	0	1	0	0	0	-1
E64: Lungenödem und Atmungsinsuffizienz	5	5	10	2	3	5	-5
E65: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung	16	16	33	25	23	48	16
E66: Schweres Thoraxtrauma	0	0	1	0	1	1	0
E67: Anzeichen und Symptome von Atemwegsystemerkrankungen	0	0	1	0	2	2	1
E68: Pneumothorax	2	2	4	3	5	8	4
E69: Bronchitis und Asthma	11	11	23	23	16	39	17
E70: Keuchhusten und akute Bronchiolitis	0	0	1	4	1	5	4
E71: Respiratorisches Neoplasma	16	16	32	10	16	26	-6
E73: Pleuraerguss	0	0	0	0	1	1	1
E74: Interstitielle Lungenerkrankung	0	0	1	2	1	3	2
E75: Sonstige Diagnosen des Atemwegssystems	2	2	3	3	0	3	0

Abb. 1: Fallzahlen (Ist-Soll) nach MDC, Basis-DRGs und DRGs

Ebenso wichtig ist es, den Trend zur Vorperiode zu berücksichtigen. Oftmals ist die Unterschreitung einer Soll-Vorgabe viel weniger bedeutsam als ein negativer Trend. Deshalb sollten immer beide Perspektiven, der Ist-Soll-Vergleich und der Trend, bei der

6.8 Die wichtigsten Berichte zur Steuerung Ihres Krankenhauses

Bewertung einbezogen werden (vgl. Abb. 2). Dies gilt insbesondere dann, wenn die Unterschreitung einer Soll-Vorgabe bereits bekannt ist und Gegenmaßnahmen eingeleitet sind. In diesem Fall lassen sich am Trend die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen erkennen. Ein erster Erfolg kann z. B. darin bestehen, dass ein Abwärtstrend – bei sich weiter vergrößernder Ist-Soll-Differenz – verringert wird.

Fallzahlen (Monat und Vormonat) nach MDC, Basis-DRG und DRG				
Cube: D:\Daten\cMIC\Cube\DRG-Controlling 2.0 mdc vom 14.11.2002				
Bericht: Fallzahlen (Monat und Vormonat) nach MDC, Basis-DRG und DRG (Abb 2).ppr				
von DRG-Controlling 2.0 (Explorer) vom 06.03.2003				
	vorletzter Monat	letzter Monat	Änderung zum vorigen Monat	Wachstum zum vorigen
01: Nervensystem	141	160	19	13,48%
02: Augen	194	166	- 28	- 14,43%
03: HNO	213	193	- 20	- 9,39%
04: Atmungsorgane	158	197	39	24,68%
05: Herz-/Kreislaufsystem	267	279	12	4,49%
06: Verdauungsorgane	282	327	45	15,96%
07: Hepatobiliäres System und Pankreas	53	73	20	37,74%
08: Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe	90	94	4	4,44%
09: Haut, Unterhaut und Mamma	76	58	- 18	- 23,68%
10: Endokrine, metabolische Krankheiten	39	42	3	7,69%
11: Nieren und ableitende Harnwege	52	38	- 14	- 26,92%
12: Männliche Geschlechtsorgane	1	9	8	800,00%
13: Weibliche Geschlechtsorgane	49	36	- 13	- 26,53%
14: Schwangerschaft, Geburt	131	117	- 14	- 10,96%
15: Neugeborene	62	61	- 1	- 1,61%
16: Blut und Immunsystem	19	11	- 8	- 42,11%
17: Neubildungen	30	36	6	20,00%
18: Infektionen	24	17	- 7	- 29,17%
DRG KH	2.277	2.337	60	2,64%

Abb. 2: Fallzahlen (Monat und Vormonat) nach MDC, Basis-DRGs und DRGs

Die Erlöse können mit den gleichen Berichten abgebildet werden wie die Anzahl der behandelten Krankenhausfälle. Es ist nur die Kennzahl »Krankenhausfall« aus den Abb. 1 und 2 durch die Kennzahl »DRG-Erlöse« zu ersetzen (auf entsprechende Abbildungen kann hier verzichtet werden).

Mit dem Casemix-Index (CMI) muss neben den Fallzahlen und Erlösen noch eine weitere Kennzahl berücksichtigt werden. Dies ist deshalb erforderlich, weil unter DRG-Systemen trotz konstanter Fallzahlen und Bettenauslastung (in Tagen) die Erlöse aufgrund des sich verändernden Schweregrads der behandelten Patienten oder aufgrund einer veränderten medizinischen Dokumentation schwanken können. Die Kennzahl, die dies zum Ausdruck bringt, ist der Casemix-Index. Er kann für das gesamte Krankenhaus, für Hauptabteilungen oder MDC-Gruppen beobachtet werden (vgl. Abb. 3).

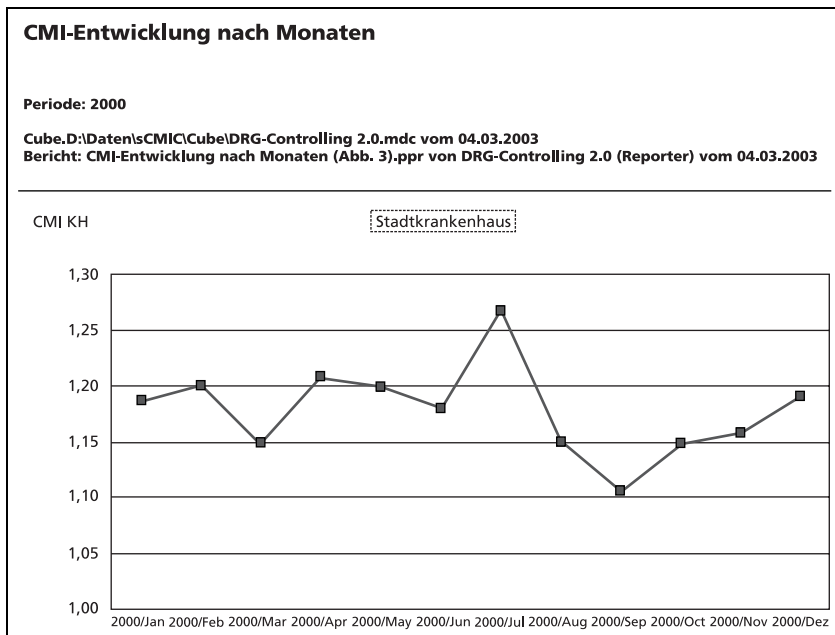


Abb. 3: CMI-Entwicklung nach Monaten

6.8 Die wichtigsten Berichte zur Steuerung Ihres Krankenhauses

Die Aufstellung der Erlösbudgets soll in zwei Varianten vorgestellt werden. Folgt man der Logik des DRG-Systems, so liegt es nahe, die Erlöse für einen Krankenhausfall (= DRG-Fall) der Fachabteilung zuzuordnen, die die meisten Behandlungstage erbracht hat (vgl. Abb. 4 a). Diese Fachabteilungen werden dann als Hauptabteilungen bezeichnet.

Hauptabteilungsfälle und Hauptabteilungsbudgets			
	Anz KH Fälle KH	Rel Gew KH	Erlöse
Augenabteilung (Stadt Krankenhaus)	2.146	1.876	4.690.225 €
Chirurgie (Stadt Krankenhaus)	3.044	3.920	9.800.773 €
Gynäkologie (Stadt Krankenhaus)	3.311	3.297	8.241.550 €
HNO (Stadt Krankenhaus)	2.205	1.993	4.983.075 €
Intern. Intensiv (Stadt Krankenhaus)	393	479	1.197.490 €
Med. 1 (Stadt Krankenhaus)	3.883	4.021	10.051.389 €
Med. 2 (Stadt Krankenhaus)	1.917	1.983	4.958.374 €
Op. Intensiv (Stadt Krankenhaus)	213	682	1.705.300 €
Pädiatrie (Stadt Krankenhaus)	2.175	2.152	5.397.850 €
Stadt Krankenhaus	19.287	20.403	51.008.026 €

Abb. 4 a: Hauptabteilungsfälle und Hauptabteilungsbudgets

Die Erlösverteilung nach Hauptabteilungen führt dazu, dass die für intern verlegte Patienten von mehreren Abteilungen erbrachten Leistungen nicht adäquat berücksichtigt werden. Insbesondere die Intensivabteilungen leiden unter extremen Budgeteinbußen, weil die Patienten in der Regel nur wenige Tage in diesen Abteilungen liegen und sie deshalb so gut wie nie zur Hauptabteilung dieser Fälle werden können. Berücksichtigt man jedoch die Behandlungsleistungen aller beteiligter Fachabteilungen, so gewinnen die Intensivabteilungen einen erheblichen Budgetanteil hinzu (vgl. Abb. 4 b). Für Intensivabteilungen kann der Zuwachs weit über 50% – bei der

operativen Intensivmedizin des (virtuellen) Stadtkrankenhauses sogar rund 80 % – betragen. Der Algorithmus zur Aufteilung des DRG-Budgets auf die behandelnden Fachabteilungen kann an dieser Stelle nicht diskutiert werden (vgl. hierzu Ramme/Vetter 2000 und Bracht 2002).

Abteilungsfälle und Abteilungsbudgets			
	Anz Abt Fälle Abt	Rel Gew Abt	Erlöse
Augenabteilung (Stadtkrankenhaus)	2.144	1.870	4.674.407 €
Chirurgie (Stadtkrankenhaus)	2.761	3.613	9.033.467 €
Gynäkologie (Stadtkrankenhaus)	3.299	3.277	8.193.258 €
HNO (Stadtkrankenhaus)	2.097	1.874	4.685.599 €
Intern. Intensiv (Stadtkrankenhaus)	935	529	1.322.679 €
Med. 1 (Stadtkrankenhaus)	3.493	3.955	9.888.070 €
Med. 2 (Stadtkrankenhaus)	1.667	1.893	4.733.655 €
Op. Intensiv (Stadtkrankenhaus)	734	1.240	3.100.562 €
Pädiatrie (Stadtkrankenhaus)	2.157	2.151	5.376.329 €
Stadtkrankenhaus	19.287	20.403	51.008.026 €

Abb. 4 b: Abteilungsfälle und Abteilungsbudgets

6.8.4.2 Verweildauer- und Bettensteuerung

Der Steuerung der Verweildauern kommt unter DRG-Systemen besondere Bedeutung zu, weil sich die Summe der geleisteten Behandlungstage und damit auch die Zahl der aufgestellten Betten und betriebenen Stationen reduzieren lässt, ohne dass die Erlöse sinken. Die Ursache hierfür liegt darin, dass der Erlös eines Falles prinzipiell nicht mehr an die Verweildauer bzw. die Behandlungstage eines Falles gebunden ist, sondern nur noch an die Art der behandelten Erkrankung (DRGs). Aus diesem Grund sollten die Verweildauern der Fachabteilungen in einem Bericht im Monatsvergleich dargestellt werden. Es handelt

6.8 Die wichtigsten Berichte zur Steuerung Ihres Krankenhauses

sich hierbei nicht um die Krankenhausverweildauer, sondern um die Abteilungsverweildauer, die aufgrund von internen Verlegungen kürzer oder gleich der Krankenhausverweildauer sein muss. Die Steuerung über die Abteilungsverweildauer bietet sich an, da die Chefarzte der Abteilungen mit hohem Verlegungsanteil die Verantwortung für die Einhaltung der Krankenhausverweildauer natürlich zunächst bei der jeweils anderen, ebenfalls an der Behandlung beteiligten Abteilung sehen werden. Die Verwendung der Abteilungsverweildauer stellt sicher, dass jede Abteilung für die Veränderung dieser Kennzahl allein verantwortlich ist und deren Steuerung tatsächlich exklusiv beeinflussen kann. In der Abbildung zur

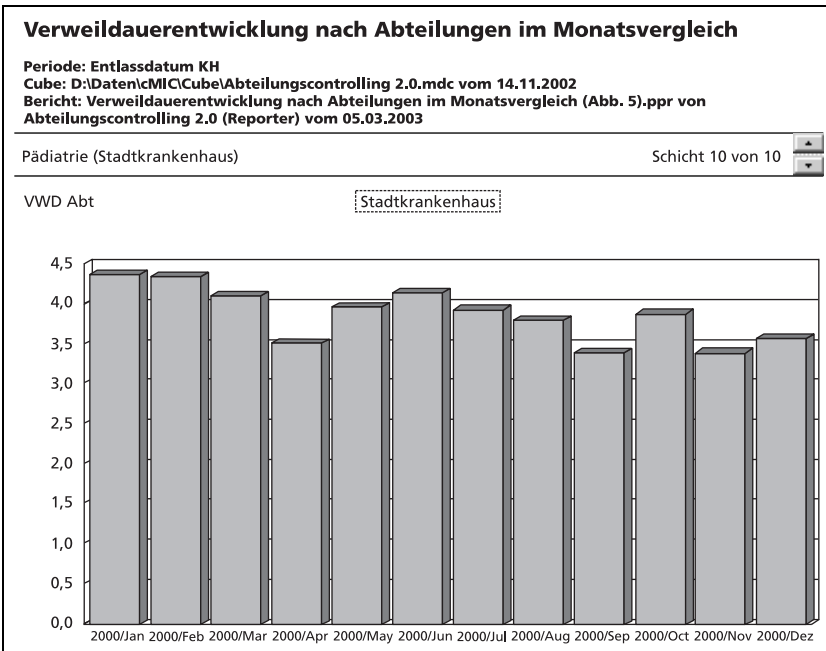


Abb. 5: Verweildauerentwicklung nach Abteilungen im Monatsvergleich

Verweildauerentwicklung nach Abteilungen im Monatsvergleich (vgl. Abb. 5) wurde in der sog. »Schicht«, die Pädiatrie des Stadtkrankenhauses dargestellt. Durch je einen Mausklick auf eine der beiden Schaltflächen (Pfeil nach oben und unten) rechts neben dem Text »Schicht 10 von 10« kann man zu der Verweildauerdarstellung der nächsten Abteilung des Stadtkrankenhauses blättern. Durch die Schichten-darstellung wurden hier zehn strukturgleiche Berichte in eine Darstellung integriert.

Mit dem G-DRG-System 1.0 wurde, wie in den USA und Australien üblich, neben dem relativen Kostengewicht auch das effektive Kostengewicht eingeführt. Letzteres berücksichtigt Erlösabschläge für Kurzlieger (Verweildauer unterhalb der unteren Grenzverweildauer einer DRG-Gruppe) und Erlöszuschläge für Langlieger (Verweildauer oberhalb der oberen Grenzverweildauer einer DRG-Gruppe). Aus der Differenz des relativen und effektiven Kostengewichts wird ersichtlich, welche Zu- bzw. Abschläge das Krankenhaus in der jeweiligen MDC bekommt (vgl. Abb. 6). Dabei ist zu beachten, dass Zuschläge nicht positiv zu bewerten sind, da Langlieger in der letzten Phase ihres Aufenthaltes mehr Kosten verursachen, als Mehrererlöse zu erwirtschaften wären.

Um schnell die DRGs zu identifizieren, deren Ist-Verweildauer deutlich über der mittleren Verweildauer der Kalkulationshäuser liegen, empfiehlt sich ein grafischer Kennzahlenvergleich (vgl. Abb. 7). Die Ist-Verweildauer des zu steuernden Krankenhauses ist hier auf der waagerechten Achse, die mittlere Verweildauer der Kalkulationshäuser auf der senkrechten Achse abgebildet. Jede DRG ist als farbiges Quadrat in der sich aufspannenden Fläche dargestellt.

6.8 Die wichtigsten Berichte zur Steuerung Ihres Krankenhauses

Zu- und Abschläge für Lang- und Kurzlieger					
Periode: 2000					
Cube: D:\Daten\cMIC\Cube\cMIC KH.mdc vom 28.02.2003					
Bericht: Zu- und Abschläge für Lang- und Kurzlieger (Abb 6).ppr von cMIC KH (Explorer) vom 04.03.2003					
	Anz KH Fälle KH	Rel Gew KH	EffGew KH	Zuschlag Gew KH	Zuschlag Gew KH/ Rel Gew
01: Nervensystem	321	345,12	344,89	- 0,23	- 0,07%
02: Augen	184	49,78	47,70	- 2,07	- 4,16%
03: HNO	297	156,05	150,85	- 5,20	- 3,33%
04: Atmungsorgane	272	263,64	271,88	8,24	3,12%
05: Herz-/Kreislaufsystem	715	701,74	726,87	25,14	3,58%
06: Verdauungsorgan	647	502,84	535,92	33,08	6,58%
07: Hepatobiliäres System und Pankreas	129	132,32	138,29	5,97	4,51%
08: Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe	1.173	1.166,01	1.244,20	78,20	6,71%
09: Haut, Unterhaut und Mamma	173	117,90	122,16	4,26	3,61%
10: Endokrine, metabolische Krankheiten	35	33,50	33,24	- 0,27	- 0,80%
11: Nieren und ableitende Harnwege	95	75,37	73,24	- 2,13	- 2,83%
12: Männliche Geschlechtsorgane	24	14,80	13,67	- 1,13	- 7,61%
13: Weibliche Geschlechtsorgane	144	90,33	87,95	- 2,38	- 2,64%
14: Schwangerschaft, Geburt	85	62,50	60,62	- 1,88	- 3,01%
15: Neugeborene	69	27,76	27,33	- 0,42	- 1,53%
16: Blut und Immunsystem	30	25,48	25,26	- 0,22	- 0,86%
17: Neubildungen	29	28,39	36,62	8,23	29,00%
18: Infektionen	39	42,44	47,91	5,47	12,88%
DRG KH	5.922	3.945,25	4.103,15	157,90	4,00%

Abb. 6: Zu- und Abschläge für Lang- und Kurzlieger

Die aufsteigende 45°-Gerade (fett) teilt die »Wolke« der DRGs in zwei Mengen: Die oberhalb liegenden Gruppen sind gegenüber den Kalkulationshäusern durch eine kürzere, die unterhalb der Geraden liegenden Gruppen durch eine längere Verweildauer gekennzeichnet. Für die DRGs, die auf dieser Geraden liegen, gilt: Die Ist-Verweildauer des zu steuernden Krankenhauses ist gleich der mittleren Verweildauer der Kalkulationshäuser. Ein Mausklick auf ein Quadrat (DRGs) offeriert in der Legende den Code und die Bezeichnung der ausgewählten DRG; im Kommentarfenster neben dem Mauszeiger wird die Ist-Verweildauer im

Krankenhaus und der Vergleichswert der Kalkulationshäuser angezeigt (hier DRG I28A, andere Eingriffe am Bindegewebe mit CC mit der Ist-Verweildauer des zu steuernden Krankenhauses von 34,3 Tagen und der Benchmarking-Verweildauer der Kalkulationshäuser von 12,0 Tagen). Die Steigung der linearen Regressionsgeraden des Krankenhauses gibt an, wie groß das Verweildauer-Reduktionspotenzial des Krankenhauses gegenüber den Kalkulationshäusern insgesamt ist: Ist die Steigung der Regressionsgeraden geringer als 45° (wie in Abb. 7), sind die Verweildauern im Vergleich zu den Kalkulationshäusern länger; ist die Steigung größer als 45° , so sind sie kürzer.

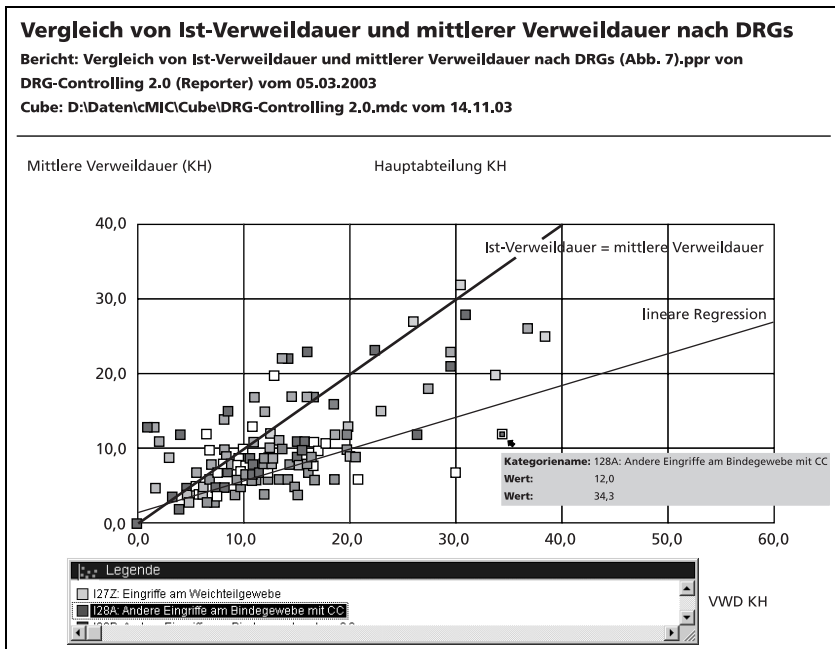


Abb. 7: Vergleich von Ist-Verweildauer und mittlerer Verweildauer nach DRGs

Im Kalkulationsverfahren für das Jahr 2002 wurde für jede DRG die mittlere Verweildauer berechnet. Diese Kennzahl steht nun zur Verfügung und sollte als Benchmark verwendet werden. Für jede DRG eines Krankenhauses, deren Verweildauer größer als die mittleren Verweildauer der Kalkulationshäuser ist, lässt sich das Einsparpotenzial an Tagen berechnen. Die Berechnung erfolgt unter der Prämisse, dass die Ist-Verweildauer des Krankenhauses auf die mittlere Verweildauer der Kalkulationshäuser abgesenkt werden kann. Summiert man die Einsparpotenziale der DRGs, so lässt sich daraus das Einsparpotenzial für das gesamte Krankenhaus in Tagen aber auch in Betten berechnen (vgl. Abb. 8). Für das Einsparpotenzial an Betten (siehe Spalte »mögliche Bettenreduktion ... «) wurde eine Belegungsquote von 300 Tagen pro Bett und Jahr vorausgesetzt, was einer Quote von rund 80 % entspricht.

Natürlich muss berücksichtigt werden, dass das Stilllegen von einigen Betten auf jeder Station keine großen Auswirkungen auf die Kosten hat. Erst die Schließung einer 30-Betten-Station führt zu einem Kostensprung in der Größenordnung von ca. 500.000 Euro (Personal, Arbeitsmittel, Reinigung, Energie etc.). Damit die Einsparpotenziale von einigen Betten je Abteilung auf der Ebene des Krankenhauses realisiert werden können, ist es von großer Bedeutung, interdisziplinäre Stationen in einem Krankenhaus zu betreiben, die die jeweiligen Bettenüberhänge der Abteilungen unterhalb der Stationsgröße aufnehmen können.

Einsparpotenziale an Tagen und Betten nach DRG-Gruppen								
Cube: D:\Daten\cMIC\Cube\cMIC KH.mdc vom 28. 02. 2003								
Bericht: Einsparpotenziale an Tagen und Betten nach DRG-Gruppen (Abb. 8).ppr von cMIC KH (Explorer) vom 19. 05. 2003								
Betrachter-Zeitraum: 2000								
	Anz KH Fälle KH	VWD KH (Ist)	Mittlere Verweildauer (KH)	mögliche VWD-Reduktion	Tage KH (Ist)	Tage KH (Soll)	Mögliche Tagesreduktion	Mögliche Bettenreduktion (Auslastung 80%)
01: Nervensystem	321	10,7	9,5	- 1,2	3.446	3.056	- 390	- 1,300
02: Augen	184	2,8	1,5	- 1,3	523	275	- 248	- 0,827
03: HNO	297	4,2	3,5	- 0,7	1.246	1.039	- 207	- 0,690
04: Atmungsorgane	272	12,0	10,1	- 2,0	3.276	2.742	- 534	- 1,780
05: Herz-/Kreislaufsystem	715	12,3	9,2	- 3,0	8.774	6.594	- 2.180	- 7,267
06: Verdauungsorgane	647	8,6	6,0	- 2,6	5.567	3.885	- 1.682	- 5,607
07: Hepatobiliäres System und Pankreas	129	11,9	10,1	- 1,7	1.533	1.309	- 224	- 0,747
08: Muskel-Skelettsystem und Bindegewebe	1.173	11,7	8,1	- 3,7	13.737	9.452	- 4.285	- 14.283
09: Haut, Unterhaut und Mamma	173	8,3	7,0	- 1,3	1.434	1.213	- 221	- 0,737
10: Endokrine, metabolische Krankheiten	35	8,4	5,3	- 3,1	294	186	- 108	- 0,360
11: Nieren und ableitende Harnwege	95	9,4	7,3	- 2,1	891	685	- 196	0,653
12: Männliche Geschlechtsorgane	24	4,9	4,0	- 0,9	117	96	- 21	- 0,070
13: Weibliche Geschlechtsorgane	144	4,9	4,2	- 0,7	701	607	- 94	- 0,313
14: Schwangerschaft, Geburt	85	5,7	4,6	- 1,0	483	394	- 89	0,297
15: Neugeborene	69	5,3	0,0	- 5,3	365	1	- 364	- 1,213
16: Blut und Immunsystem	30	8,4	7,7	- 0,7	251	230	- 21	- 0,070
17: Neubildungen	29	11,7	9,2	- 2,4	338	268	- 70	- 0,233
18: Infektionen	39	14,0	11,5	- 2,4	545	450	- 95	- 0,317
DRG KH	5.922	9,5	6,8	- 2,8	56.503	40.108	- 16.395	- 54,650

Abb. 8: Einsparpotenziale an Tagen und Betten nach DRGs

6.8.4.3 Steuerung der Dokumentationsqualität

Ein wichtiger quantitativer Aspekt der Dokumentationsqualität ist die Vollständigkeit der medizinischen Dokumentation, die sich durch die Kennzahl »Anzahl der Diagnosen pro Fall« abbilden lässt. Aus denselben Gründen wie bei der Steuerung der Verweildauer empfiehlt es sich, auch die Diagnosen

6.8 Die wichtigsten Berichte zur Steuerung Ihres Krankenhauses

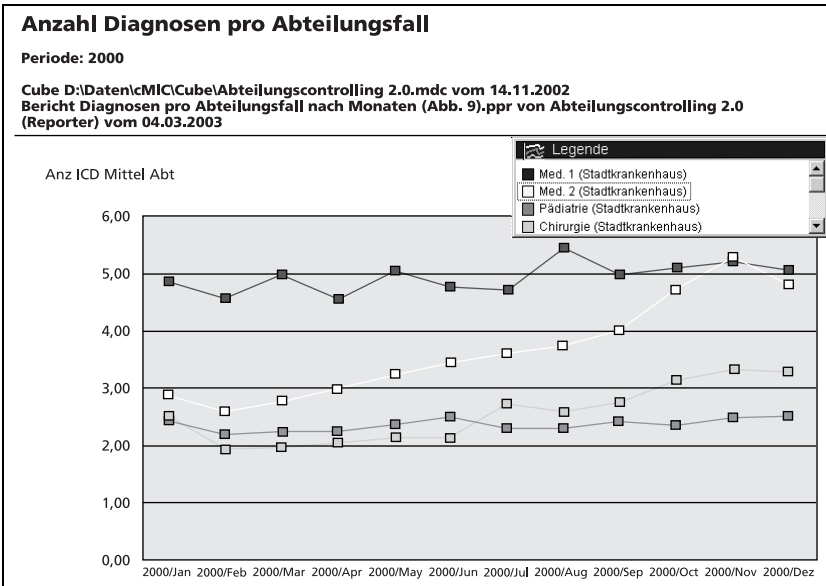


Abb. 9: Anzahl Diagnosen pro Abteilungsfall

pro Fall auf der Abteilungsebene zu verwenden (vgl. Abb. 9).

Ein wichtiger qualitativer Aspekt der Dokumentationsqualität lässt sich durch das Verhältnis der Schweregrade in einer Basis-DRG oder MCD über einen Zeitraum oder auch gegen die Gruppe der Kalkulationshäuser messen. Der Anteil der A- und B-DRGs einer MCD nach Monaten ist eine gutes internes Steuerungsinstrument, um Trendveränderungen in der Kodierung (Über- oder Unterkodierung) festzustellen (vgl. Abb. 10, in der die MCD-Gruppe 04 der Atmungsorgane exemplarisch dargestellt wird).

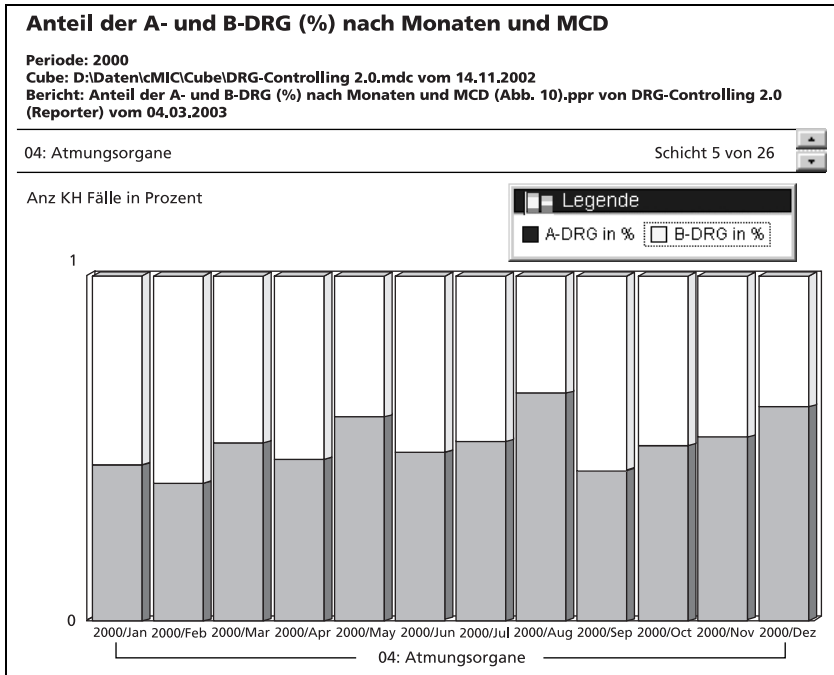


Abb. 10: Anteil der A- und B-DRG (%) nach Monaten und MCD

6.8.4.4 Kosten- und Erlössteuerung

Durch die Einführung des Datensatzes nach § 21 KHentgG ist neben der DRG-bezogenen Darstellung der Falldaten auch die Verknüpfung zu den fallbezogenen Kosteninformationen möglich geworden. Kosten und Erlöse der DRG-Gruppen können einander gegenübergestellt und Deckungsbeiträge nach MDCs (vgl. Abb. 11) oder DRGs (vgl. Abb. 12) ermittelt werden.

6.8 Die wichtigsten Berichte zur Steuerung Ihres Krankenhauses

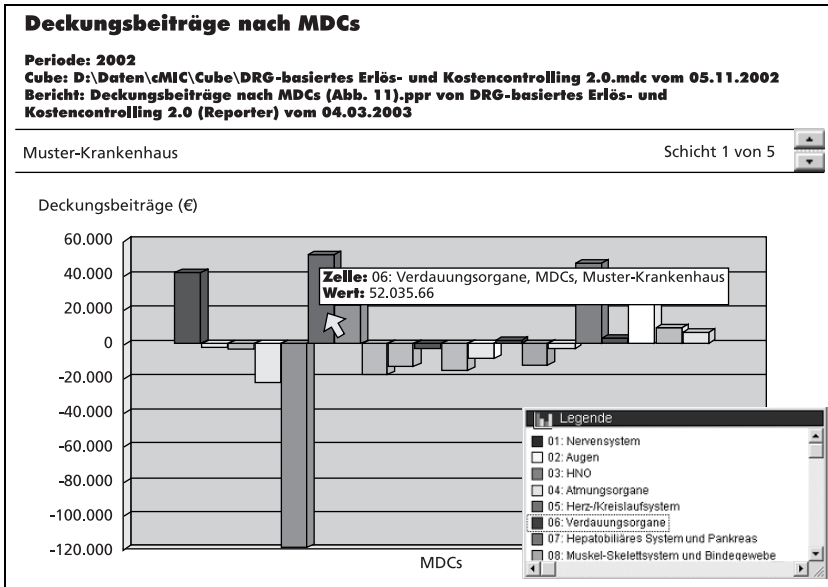


Abb. 11: Deckungsbeiträge nach MDCs

Deckungsbeiträge nach DRGs und Hauptabteilungen

Cube: D:\Daten\cMIC\Cube\DRG-basiertes Erlös- und Kostencontrolling 2.0.mdc vom 05.11.2002
 Bericht: Deckungsbeiträge nach DRGs und Hauptabteilungen (Abb 12).ppr von DRG-basiertes Erlös- und Kostencontrolling 2.0 (Reporter) vom 05.03.2003

Muster-Krankenhaus Schicht 1 von 5

	Anzahl KH Fälle	Rang	DRG-Erlös (BR 2.500)	Kosten	DB	DRG-Erlös pro Fall	Kosten pro Fall	DB pro Fall
F15Z: Perkutane Koronarangioplastie außer bei akutem ...	99	1	296.753 €	369.328 €	-72.575 €	2.998 €	3.731 €	-733 €
F42A: Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit ...	88	2	238.920 €	226.029 €	12.891 €	2.715 €	2.569 €	146 €
F42B: Kreislauferkrankungen ohne akuten Myokardinfarkt, mit ...	60	3	98.700 €	140.097 €	-41.397 €	1.645 €	2.335 €	-690 €
G42A: Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der ...	46	4	104.535 €	116.962 €	-12.427 €	2.273 €	2.543 €	-270 €
G44B: Andere Koloskopie ohne äußerst schwere oder schwere CC ...	40	5	60.600 €	76.678 €	-16.078 €	1.515 €	1.917 €	-402 €
I23Z: Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer ...	39	6	71.370 €	61.168 €	10.202 €	1.830 €	1.568 €	262 €

Fortsetzung									
G09Z: Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 0 Jahre . . .	38	7	77.045 €	99.441 €	-22.396 €	2.028 €	2.617 €	-589 €	
F20Z: Unterbindung und Stripping von Venen	28	8	48.230 €	57.787 €	-9.557 €	1.723 €	2.064 €	-341 €	
G45A: Andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der . . .	24	9	38.280 €	31.330 €	6.950 €	1.595 €	1.305 €	290 €	
B80Z: Andere Kopfverletzungen	22	10	19.635 €	20.326 €	-691 €	893 €	924 €	-31 €	

Abb. 12: Deckungsbeiträge nach DRGs und Hauptabteilungen

Da es sich bei den Kostendaten nach § 21 um Vollkosten handelt, ist die Aussagekraft zur Steuerung des klinischen Bereichs begrenzt. Die auf die Behandlungsfälle umgelegten Allgemeinkosten können – je nach Qualität und Differenziertheit der zugrunde liegenden Kostenträgerrechnung – zu großen Unschärfen führen. Aus diesem Grund sind Teilkostenansätze zur Steuerung des klinischen Bereichs vorzuziehen. Eine fallbezogene Zuordnung von OP-Minuten, GoÄ-Punkten der Laborleistungen, PPR-Minuten etc. führt zu differenzierteren Abbildungen des Leistungsgeschehens und zu leistungsfähigeren Steuerungsinstrumenten. Eine Darstellung und Diskussion von Teilkostenansätzen kann hier nicht geführt werden.

6.8.5 Literaturempfehlungen

Bracht, M.: Steuerungsinstrumente anpassen – Berechnung von DRG-basierten Fachabteilungsbudgets, in: *ku-Spezial Controlling*, 4/2002, S. 13–17.

Ramme, M.; Vetter, U.: Die Bildung von Abteilungsbudget auf der Basis von AP-DRG's, in: *führen und wirtschaften im Krankenhaus (f&w)*, 2000 (17. Jg.), Heft 2, S. 156–158.

Erläuterung zu den Abbildungen:

Die Abbildungen wurden mit dem c. a. r. u. s. Management Information Cube (cMIC) erzeugt, lassen sich aber – mit mehr oder weniger großem Aufwand – auch mit anderen Werkzeugen nachbilden.