

Nur die Klinik, die ihre Potentiale kennt, wird in der Zukunft bestehen

Interne Vergleiche zur Fehlbelegung lohnen

H. Schmitz, S. Stolz, U. Roths

Die Debatte um Fehlbelegungen beherrscht weiterhin zahlreiche Pflegesatzverhandlungen. Das Krankenhaus, das seine eigene Leistungsstruktur nicht kennt, muß die Konsequenzen tragen. Im Vorteil sind jene Häuser, die frühzeitig die eigene Leistungsfähigkeit analysiert, sich einem Vergleich, beispielsweise dem f&w-Kompaß, gestellt haben. Nur jene Kliniken, die ihre Potentiale recherchiert haben, werden im Kampf um die Zukunft bestehen können.

Basis der Fehlbelegungsdiskussion ist meist ein Betriebsvergleich der Krankenkassen. Die Möglichkeiten der Krankenkassen, Vergleichswerte zu generieren, kommen einem erheblichen Informationsvorsprung gleich. Insbesondere anhand der L4-Statistiken verfügen die Kostenträger über detaillierte Leistungsinformationen, aus denen sie Referenzwerte generieren. Abweichungen von diesen Referenzwerten werden als Hinweis auf eine Fehlbelegung interpretiert. Häufig werden die Begriffe Fehlbelegung und Substitutionspotential synonym verwandt. Es sollte jedoch zwischen beiden Begriffen unterschieden werden: Unter Substitutions- oder Verlagerungspotential sind diejenigen Behandlungsfälle und Behandlungstage zu verstehen, die durch Nutzung der neuen Versorgungsformen aus dem stationären Sektor verlagert werden könnten. Im Raum stehen dabei Größenordnungen von 20 bis 30 Prozent der Leistungsmengen.¹ Als Fehlbelegung im engeren Sinne sind die Krankenhausfälle und -tage

zu interpretieren, welche ohne nachvollziehbare medizinische Notwendigkeit stationär erbracht worden sind. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung muß aus der patientenbezogenen Dokumentation ersichtlich sein.

Top-down- und Bottom-up-Analyse

In Vorbereitung auf die Pflegesatzverhandlungen bietet es sich an, ähnlich der Vorgehensweise der Kostenträger, die Leistungsdaten und die Dokumentation zu analysieren. Da eine Analyse der gesamten Leistungsdaten und Dokumentation nicht wirtschaftlich realisierbar ist, sollte die Untersuchung auf kritische Bereiche eingegrenzt werden, die mittels eines „Top-down-Ansatzes“ identifiziert werden können. Ausgehend von der Betrachtung des gesamten Krankenhauses (Top) werden Problembereiche fokussiert und bis zum einzelnen Behandlungsfall verfolgt.

Anhand dieses Ansatzes werden mit zunehmendem Detaillierungs-

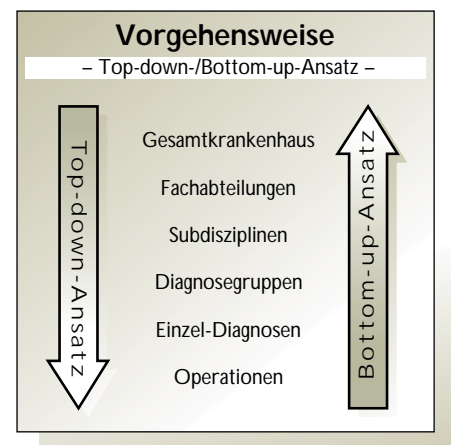


Abb. 1

grad kritische Bereiche bis auf die Ebene der Einzeldiagnosen und Operationen identifiziert und analysiert. Die Auswirkungen der vermuteten Fehlbelegung in den Fachabteilungen und im Krankenhaus können dann im Anschluß anhand eines „Bottom-up-Ansatzes“ analysiert werden. Je Bereich werden hierbei die Auswirkungen der ermittelten Fehlbelegung betrachtet. Die Detailanalysen (Bottom) werden Stufe für Stufe aggregiert, bis die Auswirkungen auf das gesamte Krankenhaus ausgewiesen werden (Abb. 1).

Die fallbezogene Analyse der Behandlungsdaten ist notwendig

Für die Einschätzung des Krankenhaus-individuellen Verlagerungspotentials ist die fallbezogene Aufbereitung der Behandlungsdaten notwendig. So können über die ICD- und OPS-Verschlüsselung hinaus weitere Informationen im Top-down-Ansatz berücksichtigt werden. Der Bezug auf den Behandlungsfall ist

Beispiel: Verweildauervergleich							
Chirurgie		IST			SOLL - 6,6%		
ICD	TEXT	Fallzahl	BTage	VD	VD	BTage	SP-BTage
	Insgesamt	2.878	28.678	10,0	9,3	26.805	26.805
153	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	114	1.899	16,7	14,8	1.684	1.684
540	Akute Appendizitis	69	660	9,6	7,7	525	525
444	Arterielle Embolie und Thrombose	74	1.066	14,5	13,3	977	977
577	Krankheiten der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis)	54	849	15,8	14,4	772	772
151	Bösartige Neubildung des Magens	44	805	18,5	17,2	747	747
558	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	106	377	3,6	3,1	331	331
574	Cholelithiasis (Gallensteinleiden)	214	1.964	9,2	9,2	1.964	1.964
455	Hämorrhoiden	57	308	5,4	4,8	275	275
239	Neubildungen unbekanntes Charakters	23	318	14,1	12,8	288	288
...

Abb. 2

ferner Voraussetzung für die Überprüfung der Dokumentation. Aus der EDV sollten die folgenden Daten je Fachabteilung und Fall zusammengestellt werden:

- Aufnahme­nummer des Behandlungs­falles
- Datum der Aufnahme oder Verlegung in die Abteilung
- Aufnahmeart in die Abteilung (normal, externe Verlegung, interne Verlegung)
- Datum der Entlassung oder Verlegung aus der Abteilung
- Entlassungsart (normal, externe Verlegung, interne Verlegung, verstorben)
- Entlassungs- oder Verlegungsdiagnose (ICD) der Abteilung
- Hauptmaßnahme (OPS 301) der Abteilung
- Intensivtherapietage während des gesamten Behandlungsverlaufes

(wenn nicht bereits als Verlegung ausgewiesen).

Kurzlieger sind gezielt zu analysieren

Anhand der Daten zur Patientenbewegung können die Verlagerungspotentiale über die kodierten Diagnosen und Prozeduren hinaus abgegrenzt werden. So sind etwa Kurzlieger gezielt zu analysieren, da diese möglicherweise ambulant hätten behandelt werden können. Neben den Kurzliegern sollte sich die Analyse der Verlagerungspotentiale auf möglicherweise zu hohe Verweildauern konzentrieren. Dazu sollten zunächst die ICD-Kodierungen auf der dreistelligen Ebene aggregiert werden. Je Diagnosegruppe wird die durchschnittliche Verweildauer ermittelt und Referenzwerten gegenübergestellt.

Betriebsvergleiche offenbaren wertvolle Referenzwerte

Als Referenzwerte bieten sich – neben den nur eingeschränkt aussagekräftigen internen Zeitvergleichen – insbesondere Betriebsvergleiche zwischen Krankenhäusern an. Derzeit existieren jedoch nur wenige, meist regionale Vergleiche solcher Daten. Um den Krankenkassen diesen Informationsvorteil nicht dauerhaft zu überlassen, sind hierzu differenzierte Vergleiche auf der Krankenseite dringend auf- und auszubauen.

Der f&w-Krankenhaus-Kompaß plant hierzu, noch in diesem Jahr Vergleichsauswertungen von L4-Statistiken durchzuführen.

Die repräsentative Stichprobe entscheidet über die Aussagekraft der Analyse

Eine Aggregation auf der dreistelligen ICD-Ebene ist angezeigt, um eine repräsentative Fallzahl in den Diagnosegruppen zu erreichen. Gruppen mit weniger als zehn Fällen können aus der weiteren Analyse ausgeklammert werden. Durch Multiplikation der Fallzahl mit der Referenzverweildauer resultieren die zu erreichenden Soll-Behandlungstage. Das Verlagerungspotential errechnet sich aus der Differenz zwischen den Ist-Behandlungstagen und den Soll-Behandlungstagen (Abb. 2). Liegt die Verweildauer ei-

In der Zeitschrift befindet sich an dieser Stelle eine Anzeige

Kurzlieger mit Operationen					
OPS	TEXT	Fallzahl	BTag ¹⁾	VD ²⁾	SP-Fälle ³⁾
ALLE	Summe der aufgeführten Prozeduren	466	981	2,1	32 %
SP	Davon potentiell ambulante Operationen	148	301	2,0	-
1-643	Diagnostische Rektoskopie	10	18	1,8	80 %
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	8	15	1,9	20 %
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut ...	9	20	2,2	80 %
1-697	Diagnostische Arthroskopie	56	134	2,4	50 %
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	63	156	2,5	20 %
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel ...	68	167	2,5	20 %
5-820	Operationen an Sehnen der Hand	13	18	1,4	80 %
...

1) Behandlungstage 2) Durchschnittliche Verweildauer 3) Anteil des Substitutionspotentials

Abb. 3 ↑

↓ Abb. 4

Kurzlieger ohne Operationen					
OPS	TEXT	Fallzahl	BTag ¹⁾	VD ²⁾	SP-Fälle ³⁾
ALLE	Summe der aufgeführten Diagnosen	463	862	1,9	49 %
SP	Davon potentiell ambulante Behandlung	227	371	1,6	-
008	Intestinale (Darm-)Infektionen durch ...	3	6	2,0	50 %
009	Mangelhaft bezeichnete Infektionen ...	65	148	2,3	50 %
153	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	13	18	1,4	50 %
154	Bösartige Neubildung des Rektums, ...	14	26	1,9	50 %
444	Arterielle Embolie und Thrombose	8	17	2,1	20 %
451	Phlebitis und Thrombophlebitis	5	12	2,4	80 %
455	Hämorrhoiden	3	5	1,7	80 %
550	Leistenbruch	16	16	1,0	20 %
...

1) Behandlungstage 2) Durchschnittliche Verweildauer 3) Anteil des Substitutionspotentials

Chirurgie	SP ¹⁾ lt. EDV		FB ²⁾ lt. Akten		FB ²⁾ Gesamt	
	Fallzahl	BTag ³⁾	Fallzahl	BTag ³⁾	Fallzahl	BTag ³⁾
Verweildauerreduktion	0	1.881	0 %	14 %	0 %	263
Kurzlieger mit Operation	148	301	18 %	21 %	27	63
Kurzlieger ohne Operation	227	371	9 %	23 %	20	85
Gesamt	375	2.553	---	---	47	412
Gesamt Fallzahl und Tage:	2.878	28.687	Fehlbelegung:		1,6 %	1,4 %
Substitutionspotential:	13,0 %	8,9 %				

1) Substitutionspotential
2) Fehlbelegung
3) Behandlungstage

Abb. 5

ner Diagnosegruppe niedriger als die Referenzverweildauer, so werden die Ist-Behandlungstage belasten, denn positive Differenzen werden in der Fehlbelegungsdiskussion von den Krankenkassen nicht berücksichtigt. Bei besonders auffälligen Abweichungen auf der dreistelligen Ebene sollte eine differenzierte Analyse der substituierten ICDs vorgenommen werden.

Potentiell ambulant zu behandelnde Fälle können vor allem im Bereich der Kurzlieger, also Patienten mit bis zu drei Behandlungstagen (ohne Entlassungstag), vermutet werden. Kein nennenswertes Verlagerungspotential durch ambulante Behandlung kann für Patienten angenommen werden, welche intensiv-medizinisch versorgt, extern vor- oder weiterbehandelt wurden (Verlegungen) oder verstorben sind.

Datensätze mit diesen Merkmalen können daher von der weiteren Analyse ausgeklammert werden.

Die patientenbezogene Dokumentation entkräftet mögliche Vorwürfe

In operativen Abteilungen sind Kurzlieger in operativ und konservativ versorgte Behandlungsfälle zu unterscheiden. Das Verlagerungspotential der konservativ versorgten Fälle wird anhand der kodierten Hauptdiagnosen, das der operierten Fälle anhand der Operation bzw. des OPS 301 analysiert. In Abstimmung mit den verantwortlichen Ärzten ist der Anteil der potentiell ambulant zu behandelnden Kurzlieger je Diagnose oder Operation zu quantifizieren (Abb. 3 und 4).

Abschluß des „Top-down-Ansatzes“ bildet die Quantifizierung der vermuteten hausinternen Fehlbelegung. Seitens der Kostenträger wird in Verhandlungen meist zunächst das gesamte Verlagerungspotential als Fehlbelegung interpretiert. Konkrete Aussagen lassen sich aber nur im Einzelfall treffen. Daher ist es wichtig, über eine entsprechend gute patientenbezogene Dokumentation (Patientenakte) Fehlbelegungsvorwürfe entkräften zu können.

Datensätze helfen, das Verlagerungspotential zu ermitteln

Aus den ausgewerteten Datensätzen sind gezielt Fälle für die identifizierten Bereiche mit hohem Verlagerungspotential zu ermitteln. Die Zusammensetzung der Stichprobe sollte möglichst alle Bereiche des festgestellten Verlagerungspotentials sowie deren prozentuale Verteilung berücksichtigen. Zielsetzung der Analyse ist die Überprüfung von:

- Vollständigkeit der medizinischen Dokumentation (Formulare, Befunde)
- Vollständigkeit und Plausibilität der Kodierungen (ICD, OPS-301)
- Dokumentationsqualität (inhaltlich zum Beispiel Medikamentengabe, Visite).

Ist die stationäre Aufnahme zu begründen, so muß die Notwendigkeit für jeden Behandlungstag (prä- und postoperativ) anhand der Ak-

tenlage nachzuweisen sein. Kann dieser Nachweis nicht den Patientenakten entnommen werden, so werden der gesamte Fall oder die jeweiligen Behandlungstage als Fehlbelegung interpretiert.

Nach der Stichprobe: Hochrechnungen für die Fachabteilungen

Eine repräsentative Stichprobe vorausgesetzt, kann dann auf Basis der sich ergebenden Fehlbelegung die Hochrechnung für die jeweiligen Fachabteilungen erfolgen (Bottom-up, Abb. 5).

Das Beispiel zeigt für eine chirurgische Fachabteilung das Substitutionspotential sowie die Fehlbelegung auf. Im Bereich der Verweildauerreduktion können 1884 Behandlungstage aufgrund der Datenanalyse als Substitutionspotential identifiziert werden. Nach Aktenübersicht sind 14 Prozent dieser Behandlungstage als Fehlbelegung einzustufen. Es ergibt sich somit eine Fehlbelegung in Höhe von 263 Tagen ($1881 \times 0,14$). Insgesamt

sind demnach in der chirurgischen Fachabteilung 1,6 Prozent der Fälle sowie 1,4 Prozent der Behandlungstage fehlbelegt.

Neben dieser Analyse der Fehlbelegung ist ein zweites wichtiges Ziel, Hinweise für die Beseitigung von Schwachstellen und Defiziten zu erhalten. Erfahrungsgemäß ergeben sich daraus oft folgende Maßnahmen:

- Controlling der kodierten ICDs und OPS 301
- Optimierung des Formularwesens hinsichtlich Inhalten und Ablauf
- Schulungen der dokumentierenden Mitarbeitergruppen hinsichtlich der Dokumentationsproblematik.

Strategische Auswirkungen des Fehlbelegungsabbaus müssen erkannt werden

Über die operativen Maßnahmen hinaus ist auch die strategische Auswirkung der potentiellen Fehlbelegung insbesondere auf die Lei-

stungsmengen und -struktur sowie die Erlössituation und Kostenstruktur zu analysieren. So können Behandlungskosten in geringerem Maße als die Erlöse zurückgehen, da vor allem Fälle und Tage entfallen, die mit einem niedrigen Behandlungsaufwand verbunden sind. Dies ist auch in Verhandlungen über eventuelle Budgetkürzungen zu berücksichtigen. Einzelne Fachabteilungen können bei einem Rückgang der Auslastung und entsprechender Bettenreduktion eine wirtschaftlich fragliche Abteilungsgröße erreichen. Eine Schließung dieser Fachabteilung kann wiederum die Existenz des Krankenhauses in Frage stellen.

1 Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Kostenträger, Februar 1997

Anschrift der Verfasser:

Harald Schmitz
Sebastian Stolz
Urban Roths
Aachener Straße 1158 A
50858 Köln