



# G-DRGs für Schweizer Spitäler

Arndt Regorz (Dipl. Kaufmann)  
Geschäftsführer Regorz Consulting GmbH, Berlin



# Gliederung

- ⇒ A. Grundlagen G-DRG
- ⇒ B. Wesentliche Steuerungsgrößen
- ⇒ C. Vermeidung von Konfliktfeldern  
in der Abrechnung
- ⇒ D. Organisation der G-DRG-Einführung
- ⇒ E. Offene Fragen zu G-DRGs



# Gliederung

- ⇒ A. Grundlagen G-DRG
- ⇒ B. Wesentliche Steuerungsgrößen
- ⇒ C. Vermeidung von Konfliktfeldern in der Abrechnung
- ⇒ D. Organisation der G-DRG-Einführung
- ⇒ E. Offene Fragen zu G-DRGs



# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland




# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland




# Definition DRGs

- ⇒ DRGs „Diagnosis Related Groups“
- ⇒ = diagnosebezogene Fallpauschalen
- ⇒ Aber: Zwischenzeitlich im G-DRG-System sehr starker Bezug auf Prozeduren



# Entwicklung zum G-DRG-System (I)

- ⇒ Erste DRG-Systeme in den USA:  
Hauptdiagnose bestimmte die DRG
- ⇒ Zweiter Schritt: Auch OP wurde berücksichtigt
- ⇒ Problem: Unterschiedlicher Schweregrad von Erkrankungen war so systembedingt nicht berücksichtigt



# Entwicklung zum G-DRG-System (II)


- ⇒ Verfeinerte DRG-Systeme:  
Das Vorhandensein einer Komplikation oder Begleiterkrankung (CC) wird zusätzlich berücksichtigt:
- ⇒ Eine „Basis-DRG“ wird mittels Hauptdiagnose und OP zugeordnet
- ⇒ Innerhalb der Basis-DRG erfolgt ein „Split“ nach einer entsprechenden CC
- ⇒ Problem: Berücksichtigung von CCs noch relativ grob






# Entwicklung zum G-DRG-System (III)

- ⇒ AR-DRG (Australia Refined-DRG):  
Komplexere Berücksichtigung von Nebendiagnosen
- ⇒ Auch mehrere Nebendiagnosen können für die DRG-Zuordnung berücksichtigt werden



# Entwicklung zum G-DRG-System (IV)

- ⇒ Übernahme des AR-DRG-Systems für Deutschland
- ⇒ Überleitung der Kodierungstabellen
- ⇒ Kalkulation der Relativgewichte auf der Kostenbasis deutscher Spitäler




# Entwicklung zum G-DRG-System (V)

- ⇒ Jährliche Anpassung des G-DRG-Systems
- ⇒ Im Zeitablauf wesentlich stärkere Betonung von Prozeduren
- ⇒ Zahlreiche Entgeltformen außerhalb der DRGs, insbesondere Zusatzentgelte



# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland



# Funktionsweise des G-DRG-Systems

Klinische und demographische Merkmale:

- ⇒ 1. Überprüfung auf Plausibilität
- ⇒ 2. MDC-Zuordnung (Organgruppen)
- ⇒ 3. Prä-MDC-Verarbeitung
- ⇒ 4. Partitionierung innerhalb der MDC
- ⇒ 5. Zuordnung Basis-DRG
- ⇒ 6. Bewertung der Nebendiagnosen
- ⇒ 7. DRG-Zuordnung

# Grouper

Patientendaten:

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Prozeduren

Alter

Operationen

Geburtsgewicht (Sgl)

**GROUPER**

**DRG**



# 1. Plausibilitätsprüfung

Beispiele:

- ⇒ Abgleich Diagnosen/Prozeduren und Geschlecht
- ⇒ Zulässigkeit Hauptdiagnose
- ⇒ Alter und Diagnose



# Plausibilitätsprüfung (II)

- ⇒ Bei Fehlern in der Plausibilitätsprüfung:  
Fehler-DRG
- ⇒ 960Z: Nicht gruppierbar
- ⇒ 961Z: Unzulässige Hauptdiagnose
- ⇒ 963Z: Neonatale Diagnose unvereinbar mit  
Alter oder Gewicht





## 2. MDC-Zuordnung

- ⇒ In der Regel anhand der Hauptdiagnose
- ⇒ Keine eindeutige Zuordnung von ICD-10 Kapiteln auf MDCs (z.B. Neubildungen)

# MDCs (I)

- ⇒ 1 Nervensystem (B)
- ⇒ 2 Auge (C)
- ⇒ 3 HNO (D)
- ⇒ 4 Atmungsorgane (E)
- ⇒ 5 Kreislaufsystem (F)
- ⇒ 6 Verdauungsorgane (G)
- ⇒ 7 Hepatobiläres System (H)
- ⇒ 8 Muskel, Skelett, Bindegewebe (I)
- ⇒ 9 Haut, Unterhaut, Mamma (J)
- ⇒ 10 Endokrine, Stoffwechsel (K)

## MDCs (II)

- ⇒ 11 Harnorgane (L)
- ⇒ 12 Männl. Geschlechtsorgane (M)
- ⇒ 13 Weibl. Geschlechtsorgane (N)
- ⇒ 14 Schwangerschaft, Geburt (O)
- ⇒ 15 Neugeborene (P)
- ⇒ 16 Blut, Immunsystem (Q)
- ⇒ 17 Hämatologische und solide Neubild. (R)
- ⇒ 18a HIV (S)
- ⇒ 18b Infektiöse und parasitäre Krankh. (T)
- ⇒ 19 Psychische Krankheiten (U)



## MDCs (III)

- ⇒ 20 Alkohol, Drogen (V)
- ⇒ 21a Polytrauma (W)
- ⇒ 21b Verletzungen, Vergiftungen (X)
- ⇒ 22 Verbrennungen (Y)
- ⇒ 23 Andere Faktoren (Z)

außerhalb der eigentlichen MDCs:

- ⇒ Pre-MDC (A)
- ⇒ „Fehler-DRGs“



## 3. Prä-MDC-Verarbeitung (I)

- ⇒ Einige Fallgruppen werden außerhalb der primär organbezogenen MDC-Verarbeitung eingruppiert:
  - a) MDC 15 Neugeborene
  - b) MDC 18a HIV
  - c) MDC 21a Polytrauma
  - d) Prä-MDC



# Prä-MDC-Verarbeitung (II)

Prä-MDC insbes.:

- ⇒ Organtransplantationen
- ⇒ Langzeitbeatmung
- ⇒ Erkrankung/Verletzung Rückenmark



## 4. Partitionierung innerhalb MDC

- ⇒ Betrifft diejenigen Fälle, die nicht in Prä-MDC anderweitig gruppiert werden
- ⇒ Aufteilung in drei Partitionen:
  - Operativ (O)
  - Andere (A) - sonstige invasive Prozeduren
  - Medizinisch (M)
- ⇒ Nicht alle MDCs haben alle drei Partitionen



## 5. Zuordnung zur Basis-DRG

- ⇒ Zuordnung erfolgt primär auf Basis von Hauptdiagnose und Prozeduren
- ⇒ In den Partitionen O und A hierarchische Abfrage
- ⇒ I.d.R. Reihung nach absteigenden Kosten
- ⇒ Ergebnis ist eine Basis-DRG (DRG in der Regel noch ohne Berücksichtigung von Begleiterkrankungen und Komplikationen)
- ⇒ Synonym zu Basis-DRG: adjacent DRG





## 6. Bewertung Nebendiagnosen (I)


- ⇒ Sehr differenzierte Berücksichtigung von Nebendiagnosen
- ⇒ Pro Fall kann mehr als eine Nebendiagnose vergütungsrelevant sein
- ⇒ Keine Einzelleistungsvergütung: Nicht jede Nebendiagnose mit Mehrkosten ist gruppierungsrelevant
- ⇒ Die folgende Erläuterung zu den Nebendiagnosen betrifft nicht die Neugeborenen, dort gesonderte Logik



## 6. Bewertung Nebendiagnosen (II)

Als Nebendiagnosen werden berücksichtigt:

- ⇒ Begleiterkrankungen: Liegen bereits bei der Aufnahme ins Spital vor
- ⇒ Komplikationen: Entstehen während des Aufenthalts



# Ablauf der Bewertung von Nebendiagnosen

- ⇒ Bewertung der einzelnen Nebendiagnose
- ⇒ Zusammenfassung aller bewerteten Nebendiagnosen zu einem Gesamtwert für Komplikationen und Nebenerkrankungen
- ⇒ Dieser Gesamtwert wird für die Einstufung innerhalb der Basis-DRG in die verschiedenen Abrechnungs-DRGs verwendet (-A,-B,-C,-D,-E)



# Bewertung der einzelnen Nebendiagnose (I)

- ➔ Nicht alle ICD10-Diagnosen können zu höherer Vergütung führen
- ➔ Liste derjenigen Diagnosen, die im G-DRG-System als relevante Komplikationen / Begleiterkrankungen gelten (ca. 10% aller möglichen Diagnosen)
- ➔ Jeder Nebendiagnose wird ein Comorbidity / Complication Level (CCL) zugewiesen von 0 (keine Berücksichtigung) bis 4 (extrem schwer)



# Bewertung der einzelnen Nebendiagnose (II)

- ➔ Dieser CCL ist auch abhängig von der Hauptdiagnose
- ➔ Ein und die selbe Nebendiagnose wird also je nach Grunderkrankung unterschiedlich stark gewichtet
- ➔ Nebendiagnosen, die sehr eng mit der Hauptdiagnose verbunden sind, werden i.d.R. mit 0 bewertet
- ➔ Doubletten in den Nebendiagnosen werden vom System ausgeschaltet



# Zusammenfassung der Nebendiagnosen (I)

- ⇒ Alle bewerteten CCLs werden zu einem Patient Clinical Complexity Level (PCCL) zusammengefasst
- ⇒ PCCL 0: keine CC
- ⇒ PCCL 1: leichte CC
- ⇒ PCCL 2: mäßig schwere CC
- ⇒ PCCL 3: schwere CC
- ⇒ PCCL 4: äußerst schwere CC



# Zusammenfassung der Nebendiagnosen (II)

PCCL = 4 wird z.B. erreicht bei:

- ⇒ CCLs: 4, 2
- ⇒ CCLs: 4, 1, 1
- ⇒ CCLs: 3, 3
- ⇒ CCLs: 3, 2, 2
- ⇒ CCLs: 3, 2, 1, 1
- ⇒ CCLs: 2, 2, 2, 2
- ⇒ CCLs: 2, 2, 2, 1, 1, 1



# Zusammenfassung der Nebendiagnosen (III)

PCCL = 3 wird z.B. erreicht bei:

- ⇒ CCLs: 4, 1
- ⇒ CCLs: 4
- ⇒ CCLs: 3
- ⇒ CCLs: 2, 2
- ⇒ CCLs: 2, 1
- ⇒ CCLs: 1, 1, 1, 1, 1





# Zusammenfassung der Nebendiagnosen (IV)

PCCL = 2 wird erreicht bei:

- ⇒ CCLs: 2
- ⇒ CCLs: 1, 1

PCCL = 1 wird erreicht bei:

- ⇒ CCLs: 1



# Zusammenfassung der Nebendiagnosen (V)

- ⇒ Fazit:  
Sowohl Masse als auch Klasse der Nebendiagnosen zählt



# 7. DRG-Zuordnung

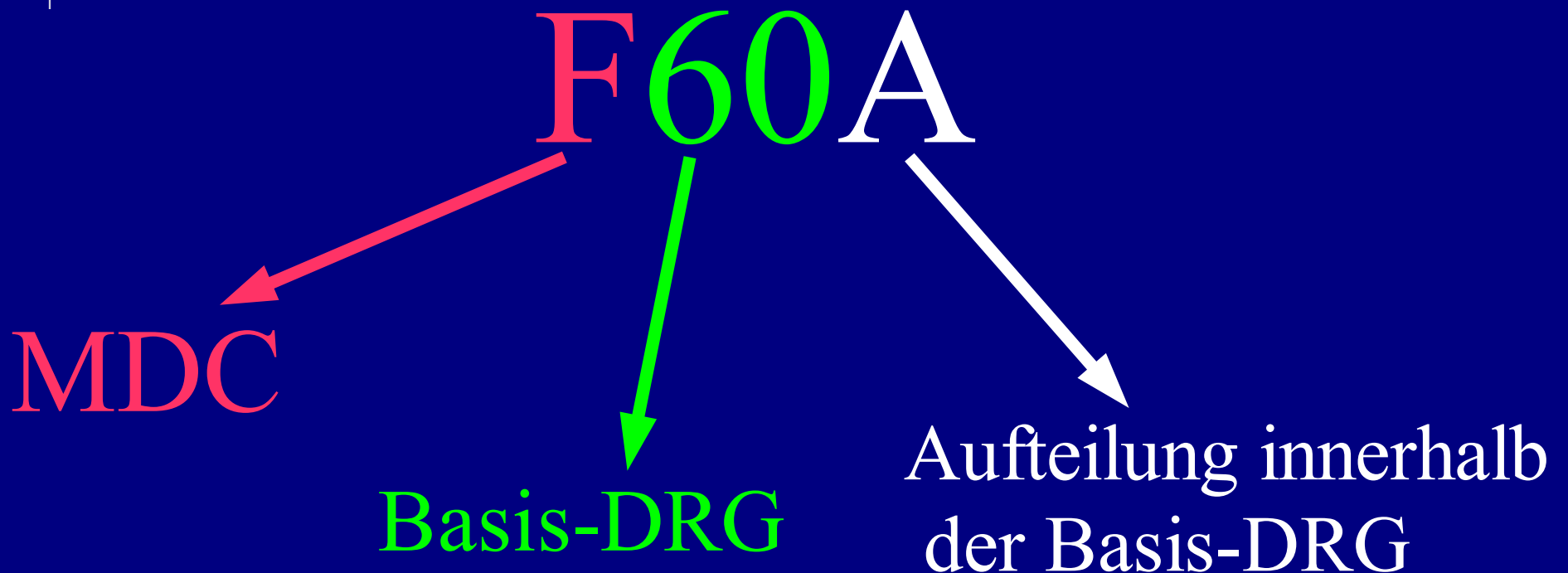
- ⇒ Einige Basis-DRG sind nicht weiter aufgeteilt (mit Endung -Z)
- ⇒ Andere Basis-DRGs werden weiter unterteilt, vor allem nach:
  - PCCL (Nebendiagnosen)
  - einige nach Alter
  - einige nach Prozeduren
- ⇒ Unterteilte DRGs mit Endung -A, -B, -C, ....
- ⇒ Endung -A ist die aufwändigste DRG



# Gruppierungsergebnis: DRG

- ➔ Als Ergebnis des Gruppierungsprozesses erhält der Fall eine DRG zugewiesen
- ➔ Diese DRG ist mit einem – deutschlandweit einheitlichen - Relativgewicht versehen
- ➔ Diese Relativgewichte werden jährlich neu kalkuliert
- ➔ Synonyme zum Relativgewicht:  
Bewertungsrelation  
Case Weight
- ➔ In 2006 im G-DRG-System 954 DRGs

# DRG-Kürzel verstehen





# Beispiele DRG

- ⇒ F12Z Implantation eines Herzschrittmachers  
Einkammersystem  
RG: 1,939
- ⇒ F60A AMI ohne invasive kard. Diagnostik  
mit äußerst schweren CC  
RG: 1,517
- ⇒ F60B AMI ohne invasive kard. Diagnostik  
ohne äußerst schweren CC  
RG: 1,051



# DRG-Abrechnung (I)

- ⇒ Für jedes deutsche Spital gibt es einen Basisfallwert (Synonym: Baserate) als Vergütung für eine DRG mit dem Relativgewicht 1,000
- ⇒ Rechnungsbetrag:  
Relativgewicht x Basisfallwert



# Beispiel DRG-Abrechnung

- ⇒ Basisfallwert z.B. 2.800 €
- ⇒ DRG F60A  
 $1,517 \times 2.800 \text{ €} = 4.247,60 \text{ €}$
- ⇒ DRG F60B  
 $1,051 \times 2.800 \text{ €} = 2.942,80 \text{ €}$





# DRG-Abrechnung (II)

- ➔ Für jeden Spitalaufenthalt wird nur eine DRG abgerechnet
- ➔ In Geburtshilfe: Eine DRG für die Mutter, je eine DRG pro Kind
- ➔ Bei Behandlung in mehreren Abteilungen werden die Daten zusammengefasst und der Grouper ermittelt eine DRG
- ➔ In Deutschland erfolgt DRG-Abrechnung für alle Patienten (auch Selbstzahler / Privatpatienten)



# DRG-Abrechnung (III)

- ⇒ Auch wenn mehrere völlig unterschiedliche Behandlungen während eines Aufenthalts vorgenommen werden, wird nur eine DRG abgerechnet
- ⇒ Damit können bisher übliche Behandlungsabläufe wirtschaftlich u.U. nicht mehr haltbar sein



# Beispiel eine DRG

- ⇒ Patient kommt zur Prostata-TUR ins Spital, es wird eine Herzrhythmusstörung festgestellt, daher ein Herzschrittmacher implantiert, später dann die Prostata-OP durchgeführt und der Patient entlassen
- ⇒ Ergebnis: 1 DRG für Prostata-OP (Herzrhythmusstörung führt als CC möglicherweise zu höherer Vergütung innerhalb der Basis-DRG)

# Weitere Begriffe

- ⇒ „Summe der Bewertungsrelationen“ =  
„Summe der Relativgewichte“ =  
„Casemix“  
=> Gesamter DRG-Erlös des Spitals / der  
Abteilung: Casemix x Basisfallwert
- ⇒ „Durchschn. Bewertungsrelation“ =  
„Durchschn. Relativgewicht“ =  
„Casemixindex“ =  
„CMI“



# DRGs Neugeborene (I)

- ⇒ DRGs für Neugeborene außerhalb der normalen organbezogenen MDCs
- ⇒ Neugeborenes für G-DRG-System:
  - a) Alter unter 28 Tage oder
  - b) Alter unter 1 Jahr und Aufnahmegewicht unter 2.500 Gramm
- ⇒ Dann Zuordnung zur MDC 15



# DRGs Neugeborene (II)

- ⇒ Zuordnung der Basis-DRG primär nach Aufnahmegewicht/Geburtsgewicht
- ⇒ Partitionen O und M
- ⇒ Aufteilung innerhalb der Basis-DRG nach verschiedenen Klassen von Problemen (abweichend von normaler Verarbeitung der Nebendiagnosen im G-DRG-System)



# Beispiel DRGs Neugeborene

- ⇒ DRG P65D: Neugeborenes, ohne OP, Aufnahmegewicht 1.500 – 1.999 g, ohne Probleme  
RG: 1,908 (mittlere VWD 13,0 Tage)
- ⇒ DRG P67D: Neugeborenes, ohne OP, Aufnahmegewicht > 2.499 g, ohne Probleme  
RG: 0,287 (mittlere VWD 3,7 Tage)



# Probleme bei Neugeborenen

- ➔ Bei Neugeborenen gemeinsame Listen von sog. Problemen aus Nebendiagnosen und Prozeduren, die zu einer höheren Einstufung im DRG-System führen können
- ➔ Teilweise Prozeduren erlösrelevant, die für Erwachsene keine Berücksichtigung finden





# Fehler-DRGs und sonst. DRGs

- ⇒ Echte Fehler DRGs 960Z ff. (siehe oben)
- ⇒ Klinisch untypische DRGs:  
901A bis 901D  
„Ausgedehnte OP-Prozedur ohne Bezug zur  
Hauptdiagnose“  
Diese DRGs sind mit Relativgewichten  
versehen und ganz normal abrechenbar



# Beispiel sonst. DRGs

- ⇒ Aufnahme wegen Diabetes (ohne OP)
- ⇒ Während des Aufenthalts akute Appendizitis, daher operative Blinddarm-entfernung
- ⇒ Hauptdiagnose (Diabetes) passt vom Fachgebiet nicht mit der Operation zusammen
- ⇒ Daher abhängig vom Schweregrad eine der DRGs 901A bis 901D



# DRG-Definitionshandbücher

⇒ 5 Bände, tausende Seiten

⇒ **Auszug Flussdiagramm**



# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland



# Warum Kodierrichtlinien?

- ⇒ Kodierung von Diagnosen und Prozeduren bestimmt die Vergütung des Spitals
- ⇒ Der gleiche Sachverhalt muss für alle Spitäler gleich kodiert werden



# Arten von Kodierrichtlinien

- ⇒ Kodierrichtlinien für Diagnosen  
Kodierrichtlinien für Prozeduren
- ⇒ Allgemeine Kodierrichtlinien  
Spezielle Kodierrichtlinien



# Hauptdiagnose (I)

- ⇒ DKR D002d
- ⇒ „Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.“



# Hauptdiagnose (II)

Schlüsselemente der Definition:

- ⇒ nach Analyse (=Evaluation der Befunde am Ende des Spitalaufenthalts)
- ⇒ Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes





# Beispiel Hauptdiagnose

- ⇒ Patient wird mit starken Kopfschmerzen aufgenommen
- ⇒ während des Spitalaufenthalts wird als Ursache hierfür ein Hirntumor diagnostiziert
- ⇒ Hauptdiagnose: Hirntumor



# Nebendiagnose (I)

- ⇒ DKR D003d
- ⇒ „Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“



# Nebendiagnose (II)

Eine Nebendiagnose muss:

- ➔ „das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:
  - therapeutische Maßnahmen
  - diagnostische Maßnahmen
  - erhöhter Betreuungs-, Pflege- und / oder Überwachungsaufwand“
- ➔ also Ressourcenverbrauch für die Nebendiagnose erforderlich



# Beispiel Nebendiagnose

- ⇒ Patient wird zur Knie-OP aufgenommen, leidet außerdem unter Diabetes mellitus
- ⇒ Tägliche Blutzuckerkontrolle, Spezialdiät
- ⇒ => Diabetes mellitus ist als Nebendiagnose zu verschlüsseln



# Spezielle Kodierrichtlinien

⇒ regelt fachbezogene Kodierprobleme



# Beispiel Spezielle Kodierrichtlinien (I)

- ⇒ DKR 1804d Inkontinenz:
- ⇒ Der Befund Inkontinenz ist von klinischer Bedeutung, wenn
  - die Inkontinenz **nicht** als im Rahmen einer Behandlung „normal“ angesehen werden kann (z.B. nach bestimmten Operationen und bei bestimmten Zuständen).
  - die Inkontinenz **nicht** als der **normalen Entwicklung** entsprechend angesehen werden kann (wie z.B. bei Kleinkindern).
  - ....



# Beispiel Spezielle Kodierrichtlinien (II)

Die Codes für Urin- oder Stuhlinkontinenz

- N39.3 Streßinkontinenz
- N39.4- Sonstige näher bezeichnete Harninkontinenz
- R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz,
- R15 Stuhlinkontinenz

sind nur anzugeben, wenn:

- ➔ die Inkontinenz **Grund für eine operative Behandlung** ist,
- ➔ **bei der Entlassung** besteht
- ➔ **oder mindestens sieben Kalendertage** lang andauert.



# Übungsaufgaben Kodierrichtlinien

- Aufgaben siehe Übungsblatt





# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland



# Grenzverweildauer

- ⇒ DRGs sind für Durchschnittsfälle kalkuliert
- ⇒ Für extreme Kurzlieger oder Langlieger ist die Vergütung nicht angemessen
- ⇒ Daher Definition von Grenzverweildauer, innerhalb derer allein die volle DRG abgerechnet wird
- ⇒ Langlieger: Obere Grenzverweildauer (OGVD)
- ⇒ Kurzlieger: Untere Grenzverweildauer (UGVD)



# Untere Grenzverweildauer

- ➔ Für jede DRG ist festgelegt, ab welcher Verweildauer bei Kurzliegern Abschläge von der DRG vorgenommen werden
- ➔ Die Höhe des täglichen Abschlags ist individuell pro DRG definiert (als RG)
- ➔ Für die Tagesberechnung zählt dabei der Entlasstag nicht mit (gilt auch für alle anderen Fristenberechnungen), Ausnahme: Eintagesfälle

# Beispiel UGVD

- ⇒ DRG I62Z Frakturen an Becken und Schenkelhals, RG 1,009  
mittlere VWD: 11,3  
erster Tag mit Abschlag: 3.  
Abschlag pro Tag: 0,249
- ⇒ Aufnahme 02.03.06, Entlassung 04.03.06  
= Verweildauer 2 Tage (ohne Entlasstag)
- ⇒ Also 2 Tage mit Abschlag (2. und 3. Tag)
- ⇒ RG:  $(1,009 - 2 \times 0,249) = 0,511$



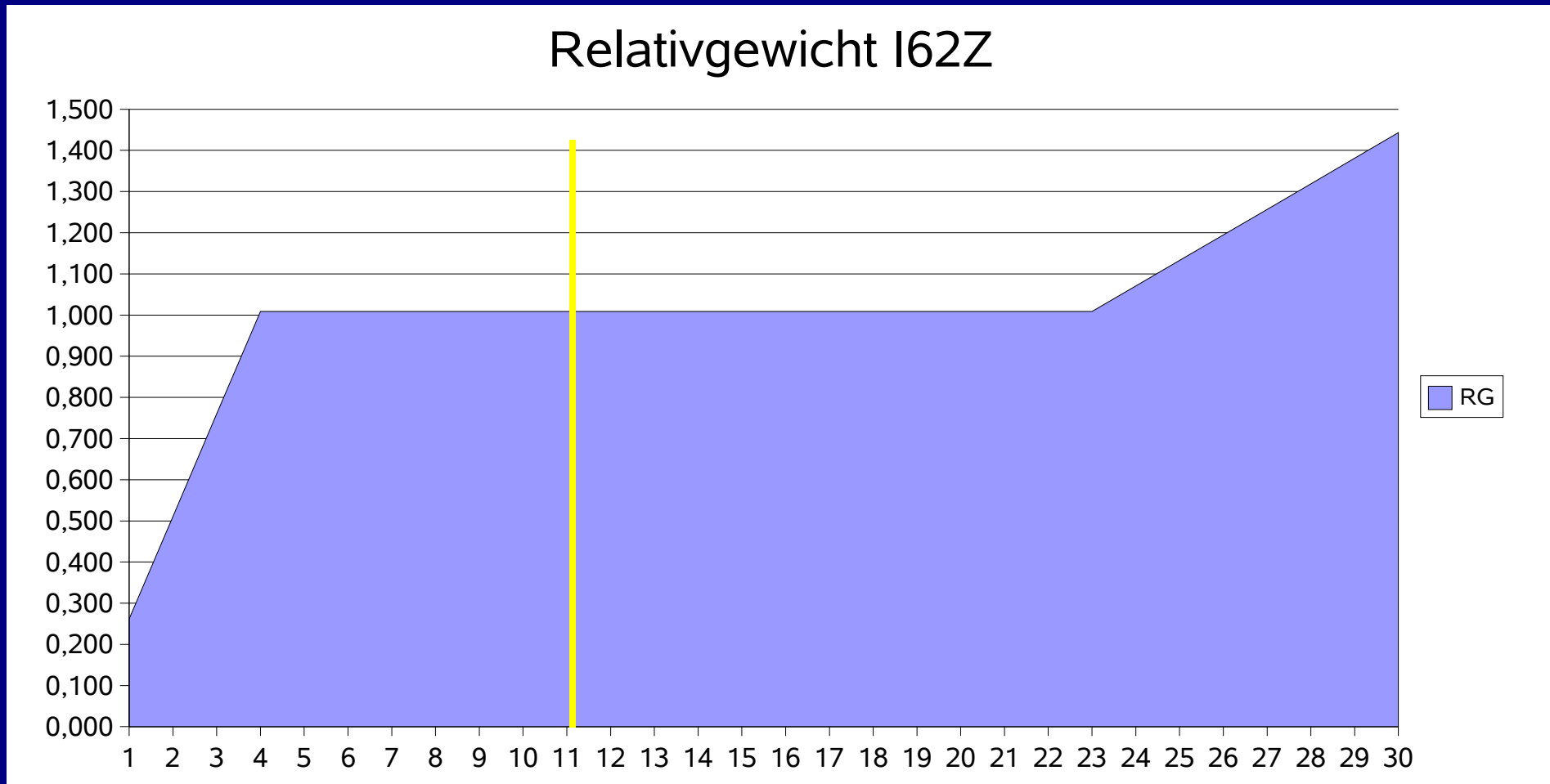
# Obere Grenzverweildauer

- ⇒ Für jede DRG ist festgelegt, ab welcher Verweildauer bei Langliegern Zuschläge auf die DRG vorgenommen werden
- ⇒ Die Höhe des täglichen Zuschlags ist individuell pro DRG definiert (als RG)

# Beispiel OGVD

- ⇒ DRG I62Z Frakturen an Becken und Schenkelhals, RG 1,009  
mittlere VWD: 11,3  
erster Tag mit Zuschlag: 24.  
Zuschlag pro Tag: 0,062
- ⇒ Aufnahme 02.03.06, Entlassung 28.03.06  
= Verweildauer 26 Tage (ohne Entlasstag)
- ⇒ Also 3 Tage mit Zuschlag
- ⇒ RG:  $(1,009 + 3 \times 0,062) = 1,195$

# DRG-Erlös und Verweildauer





# Wirkung Grenzverweildauer

- ⇒ Auch nach Kürzung wegen der UGVD Behandlung im Regelfall noch kostendeckend, da sehr kurze Verweildauer
- ⇒ Behandlung über die OGVD nicht kostendeckend, da diese erst sehr spät einsetzt und damit die Tage zwischen mittlerer Verweildauer und OGVD im Grunde gratis erbracht werden





# Abrechnung bei Verlegungen (I)

- ⇒ Verlegung von Spital A nach Spital B
- ⇒ Beide Spitäler rechnen je eine DRG ab
- ⇒ Wenn der Aufenthalt kürzer als die mittlere Verweildauer ist, erfolgt für das jeweilige Spital ein Abschlag pro weniger erbrachten Tag (DRG-bezogen)
- ⇒ Verlegung auch, wenn zwischen Entlassung im Spital A und Aufnahme im Spital B weniger als 24 Stunden liegen



# Abrechnung bei Verlegungen (II)

- ⇒ Abschlüsse gelten nur bei externen Verlegungen, nicht bei Verlegungen innerhalb des Spitals
- ⇒ Sonderfall:  
Weiterverlegung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme; hier für das aufnehmende Spital kein Verlegungsabschluss

# Beispiel Verlegung

- ⇒ DRG I62Z Frakturen an Becken und Schenkelhals, RG 1,009  
mittlere VWD: 11,3  
Abschlag pro Tag: 0,081 bei Verlegung
- ⇒ Aufnahme 02.03.06, Verlegung 07.03.06  
= Verweildauer 5 Tage (ohne Entlasstag)
- ⇒ Also  $11 - 5 = 7$  Tage mit Abschlag für externe Verlegung
- ⇒ RG:  $(1,009 - 7 \times 0,081) = 0,442$



# Begriffe OGVD, UGVD, Verlegung

- ⇒ Das Relativgewicht nach Zuschlag / Abschlag heißt effektives Relativgewicht oder effektive Bewertungsrelation
- ⇒ Ebenso auch für CMI, Summe der RG, etc.



# DRG-Katalog

siehe Excel-Tabelle



# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland



# Rückverlegungen (I)

- ⇒ Ablauf von Rückverlegungen:
  - Spital A nimmt Patienten auf
  - verlegt nach einiger Zeit in Spital B
  - später Rückverlegung von Spital B ins Spital A
- ⇒ Hier werden beide Aufenthalte im Spital A zu einem zusammengefasst und mit einer DRG vergütet (ggf. mit Zuschlägen oder Abschlägen)



# Rückverlegungen (II)

- ⇒ Voraussetzung: Rückverlegung erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach Verlegung
- ⇒ Ausnahme: DRGs für Neugeborene





# Verbringung

- ⇒ Bei planmäßiger Verlegung und Rückverlegung innerhalb 24 Stunden gilt dies als Verbringung
- ⇒ Spital A rechnet eine DRG für die gesamte Behandlung ab und Vergütet daraus dem Spital B seine Leistungen



# Fallzusammenlegungen

- ⇒ Im DRG-System Anreiz für Spitäler zu:
  - Verfrühter Entlassung
  - Fallsplitting (Aufteilung einer Behandlung auf zwei stationäre Aufenthalte)
- ⇒ Gegenmaßnahmen im G-DRG-System:  
Fallzusammenlegungen bei bestimmten Wiederaufnahmen (WA)



# Mögliche Gründe für Fallzusammenlegungen

- ⇒ Ursprünglich nur: WA wegen Komplikationen führten zur Zusammenlegung
- ⇒ Problem: Nachweis, hohes Konfliktpotential zwischen Spitälern und Krankenvers.
- ⇒ Daher jetzt auch pauschale Gründe Zusammenlegungen:
  - Wiederaufnahme in die selbe Basis-DRG
  - Wiederaufnahme in die gleiche MDC
  - Wiederaufnahme wg. Komplikationen



# Wiederaufnahme in dieselbe Basis-DRG

Voraussetzung:

- ⇒ WA in dasselbe Krankenhaus und
- ⇒ WA innerhalb der OGVD der ersten DRG für den Patienten und
- ⇒ WA in dieselbe Basis-DRG und
- ⇒ keine DRG-bezogene Ausnahme liegt vor



# Beispiel WA in dieselbe Basis-DRG

- ⇒ 1. Aufenthalt: 01.03.06 bis 10.03.06  
DRG: I13B (komplexe Eingriffe u.a. am Sprunggelenk), OGVD 22 Tage
- ⇒ 2. Aufenthalt: 20.03.06 bis 02.04.06  
DRG: I13A (komplexe Eingriffe u.a. am Sprunggelenk mit Kompl.)
- ⇒ => Zusammenlegung zu einem Fall



# Wiederaufnahme in die gleiche MDC (Hauptdiagnosengruppe)

Voraussetzung:

- ⇒ WA in dasselbe Krankenhaus und
- ⇒ WA innerhalb von 30 Tagen nach der ersten Aufnahme für den Patienten und
- ⇒ 1. Aufenthalt in medizinischer oder sonstiger Partition und
- ⇒ 2. Aufenthalt in operativer Partition der gleichen MDC
- ⇒ keine DRG-bezogene Ausnahme liegt vor



# Beispiel WA in die gleiche MDC

- ⇒ 1. Aufenthalt: 01.02.06 bis 05.02.06  
DRG: I77Z (Mäßig schwere Verletzung u.a. vom Sprunggelenk), Partition: M
- ⇒ 2. Aufenthalt: 26.02.06 bis 01.03.06  
DRG: I13A (komplexe Eingriffe u.a. am Sprunggelenk mit Kompl.), Partition: O
- ⇒ => Zusammenlegung zu einem Fall



# Wiederaufnahme wegen Komplikation

Voraussetzung:

- ⇒ WA in dasselbe Krankenhaus und
- ⇒ WA innerhalb der OGVD der ersten DRG für den Patienten und
- ⇒ Grund für die Wiederaufnahme eine Komplikation der Behandlung
  
- ⇒ hier nicht erforderlich: Gleiche MDC
- ⇒ hier gibt es keine Ausnahmen für bestimmte DRGs





# Beispiel WA Komplikation

- ➔ 1. Aufenthalt: 01.03.06 bis 10.03.06  
DRG: I13B (komplexe Eingriffe u.a. am Sprunggelenk), OGVD 22 Tage
- ➔ 2. Aufenthalt: 15.03.06 bis 19.03.06  
DRG: J64B (Entzündung/Infektion der Haut)  
Grund für die WA: Infizierte OP-Naht
- ➔ => Zusammenlegung zu einem Fall



# DRG-bezogene Ausnahmen von der Fallzusammenfassung

- ➔ Ausnahmen gelten nur für die ersten beiden WA-Regelungen (gleiche Basis-DRG, gleiche MDC), nicht WA wg. Komplikation
- ➔ Bestimmte DRGs sind im DRG-Katalog von der Fallzusammenfassung ausgenommen
- ➔ Markierung in letzter Spalte des DRG-Katalogs
- ➔ Vor allem für DRGs in:  
Onkologie, Geburtshilfe



# Tageszählung bei Wiederaufn.

- ⇒ Wenn bei WA eine Fallzusammenführung stattfindet werden die Belegungstage beider Aufenthalte zusammengezählt
- ⇒ Wichtig für Grenzverweildauerberechnung



# Übungsaufgaben Wiederaufnahmen

- ⇒ Aufgaben siehe Übungsblatt



# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland



# G-DRGs in Belegabteilungen (I)

- ⇒ G-DRG-Katalog mit zwei Teilen:
  - Teil a) Hauptabteilungen
  - Teil b) Belegabteilungen
- ⇒ In beiden Teilen gleich:
  - DRG-Definition
- ⇒ In beiden Teilen unterschiedlich:
  - Relativgewichte
  - Zu- und Abschläge
  - mittlere VWD, Grenzverweildauer



# G-DRGs in Belegabteilungen (II)

- ➔ in Geburtshilfe gesonderte Relativgewichte beim Einsatz von Beleghebammen (jeweils für Hauptabteilungen und Belegabteilungen)
- ➔ Bei Abteilungswechsel während des Aufenthalts (HA->BA oder BA->HA) zählt die längere Aufenthaltsdauer (HA oder BA)



# Kalkulation von Beleg-DRGs (I)

- ⇒ ursprünglich: Analytisches Verfahren
- ⇒ Die Belegabteilungs-DRGS wurden auf Basis der Kosten von Hauptabteilungs-DRGs kalkuliert
- ⇒ Die Arztkosten wurden abgezogen, da in Deutschland für Belegärzte über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet





# Kalkulation von Beleg-DRGs (II)

- ⇒ jetzt: Eigenständige Kalkulation
- ⇒ Die Belegabteilungs-DRGs wurden auf Basis der Kosten von Belegabteilungen kalkuliert
- ⇒ Belegabteilungen sind in Deutschland häufig wirtschaftlicher, haben insbesondere eine kürzere Verweildauer
- ⇒ Ergebnis: Belegabteilungen erhalten weniger Geld als Hauptabteilungen: auch für Pflegedienst, Hauswirtschaft, etc.



# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ **Sonstige Entgelte**
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland



# Besonderheiten je Spital

- ⇒ Sonstige individuelle Entgelte
- ⇒ Ggf. Abschlag für Nichtteilnahme an der Notfallversorgung
- ⇒ Ggf. Sicherstellungszuschlag
- ⇒ Gesondert vergütet: Finanzierung von Ausbildungsstätten (insbes. Krankenpflege)



# Warum sonstige Entgelte

- ⇒ Lediglich mit DRGs können nicht alle komplexen medizinischen Leistungen abgebildet werden
- ⇒ Daher in Deutschland von Jahr zu Jahr zunehmend andere Entgelte statt oder neben DRGs



# Überblick Entgelte im G-DRG-System

- ⇒ kalkulierte DRGs
- ⇒ kalkulierte Zusatzentgelte
- ⇒ individ. DRGs
- ⇒ individ. Zusatzentgelte
- ⇒ Besondere Einrichtungen
- ⇒ Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- ⇒ Hochspezialisierte Leistungen
- ⇒ Tagessätze Psychiatrie



# Kalkulierte DRGs

- ⇒ In ganz Deutschland einheitliche Definition und einheitliche Relativgewichte
- ⇒ Bilden den Kern des G-DRG-Systems



# Kalkulierte Zusatzentgelte

- ➔ Zusatzentgelte können zusätzlicher zur DRG abgerechnet werden
- ➔ Viele sind bundesweit einheitlich kalkuliert
- ➔ Beispiele:
  - Teure Arzneimittel (insbes. Krebstherapie)
  - Dialyse



# Individuelle DRGs

- ⇒ In ganz Deutschland einheitliche Definition
- ⇒ Kalkulation aber individuell für das Spital, da Kosten und Leistungsumfang heterogen
- ⇒ Beispiele:
  - Kochleaimplantation
  - TBC, Aufenthalt länger als 14 Tage
  - Bestimmte Aufenthalte mit Frühreha
  - Schwere Verbrennungen
  - Teilstationäre Leistungen
- ⇒ Tages- oder Fallpauschalen möglich





# Individuelle Zusatzengelte

- ⇒ In ganz Deutschland einheitliche Definition
- ⇒ Kalkulation aber individuell für das Spital
- ⇒ Abrechnung zusätzlich zur DRG
- ⇒ Beispiele:
  - Medikamente-freisetzende Stents
  - Bestimmte teure Medikamente
  - Versorgung von Schwerstbehinderten



# Besondere Einrichtungen

- ⇒ Einrichtungen (Spitäler oder deren Teile), die aufgrund verschiedener Kriterien nicht sinnvoll mit DRGs vergütet werden können
- ⇒ Kriterien z.B.:
  - Wenn bestimmte Kriterien Verweildauer
  - Palliativstation mit mind. 5 Betten
  - Tropenerkrankungen
  - Hohe Vorhaltekosten, geringe und nicht verlässlich kalkulierbare Auslastung



# Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- ⇒ Medizinische Innovationen können mit DRGs nur schwer abgedeckt werden
- ⇒ Daher strukturiertes Verfahren für gesonderte Vergütung:
- ⇒ Spital muss bei DRG-Institut anfragen, ob neues Verfahren bereits mit DRGs angemessen vergütet wird
- ⇒ Falls nicht: Vereinbarung eines individuellen Entgelts mit den Krankenversicherungen möglich



# Hochspezialisierte Leistungen

Gesonderte Zusatzentgelte möglich für:

- ➔ Leistungen, die extrem selten sind (nur wenige Spitäler in Deutschland)
- ➔ Mit DRGs und kalkulierten Zusatzentgelten nur mit sehr hohen Verlusten zu erbringen



# Tagessätze Psychiatrie

- ⇒ In Deutschland ist die Psychiatrie / Psychosomatik vom DRG-System ausgenommen
- ⇒ Dort werden weiterhin Tagespauschalen abgerechnet



# A. Grundlagen G-DRGs

- ⇒ Entwicklung G-DRGs
- ⇒ Funktionsweise G-DRGs
- ⇒ Kodierrichtlinien
- ⇒ Kurz- und Langlieger
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ G-DRGs in Belegabteilungen
- ⇒ Sonstige Entgelte
- ⇒ Umstieg auf G-DRGs in Deutschland



# Umstieg auf das G-DRG-System in Deutschland

- ➔ In 2000 Entscheidung für das AR-DRG-System
- ➔ Erstkalkulation
- ➔ Freiwilliger DRG-Umstieg in 2003
- ➔ Verpflichtender budgetneutraler DRG-Umstieg für alle Spitäler in 2004
- ➔ Anpassung an Bundesland-einheitliche Erlöse von 2005 – 2009
- ➔ Theoretisch ab 2009: Bundesland-einheitliche DRG-Erlöse



# Vorgehen beim Umstieg in D

- ⇒ Vorgabe der Budgetneutralität
- ⇒ Für bisherige vereinbarte Leistungen wird ermittelt, wie diese mit DRGs hätten abgerechnet werden müssen (Casemix = Summe der Bewertungsrelationen)
- ⇒ Krankenhausindividuelle Baserate (Basisfallwert) wird ermittelt aus bisher vereinbarter Erlössumme : Casemix





# Falle beim Umstieg in D

- ⇒ Casemix wurde häufig zu hoch vereinbart, weil
  - a) Krankenversicherer mit Kodiereffekten argumentierten
  - b) Abrechnungsprüfung der Krankenversicherer zu Casemix-Reduzierung nach DRG-Umstieg führte
- ⇒ Ergebnis: Erlösausfälle, da Baserate zu niedrig = Spital musste Mehrleistungen erbringen, nur um bisherige Erlöse zu halten



# Anpassung an landeseinheitliche Baserate

- ⇒ Baserate der Spitäler wird von 2005 bis 2009 im Bundesland aneinander angeglichen
- ⇒ Mit der Zeit steigende Anpassungsschritte
- ⇒ Kappung der jährlichen Erlöseinbußen bei DRG-Verlierern (Häusern mit Baserate über dem Landesdurchschnitt)
- ⇒ Pauschale Berücksichtigung von Leistungsveränderungen



# Konsequenzen der DRGs in deutschen Spitälern

- ⇒ Fallsplitting
- ⇒ Deutlicher Rückgang der Verweildauer
- ⇒ Probleme in nachgelagerten Versorgungsstufen (z.B. bei Entlassung am Freitag)
- ⇒ Erlösausfälle Privatpatienten
- ⇒ Anzahl der Reklamationen durch Krankenversicherer drastisch gestiegen
- ⇒ Liquiditätslücken durch späteren Rechnungsausgleich
- ⇒ Stark gestiegener Verwaltungsaufwand




# Wiederholungsaufgaben G-DRGs

- ⇒ Aufgaben siehe Übungsblatt




# Gliederung

- ⇒ A. Grundlagen G-DRG
- ⇒ B. Wesentliche Steuerungsgrößen
- ⇒ C. Vermeidung von Konfliktfeldern  
in der Abrechnung
- ⇒ D. Organisation der G-DRG-Einführung
- ⇒ E. Offene Fragen zu G-DRGs



# B. Wesentliche Steuerungsgrößen im G-DRG-System

- ⇒ Haupt- und Nebendiagnosen
- ⇒ Prozeduren
- ⇒ Verweildauer
- ⇒ Aufnahme und Entlassung



# B. Wesentliche Steuerungsgrößen im G-DRG-System

- ⇒ Haupt- und Nebendiagnosen
- ⇒ Prozeduren
- ⇒ Verweildauer
- ⇒ Aufnahme und Entlassung



# Diagnosen allgemein

- ⇒ Möglichst genaue Diagnosenkodierung
- ⇒ ICD10-Diagnosen mit Endung -9 (nicht näher bezeichnet) sollten möglichst immer vermieden werden
- ⇒ ICD10-Diagnosen mit Endung -8 (sonstige) nur dann, wenn wirklich keiner der anderen Codes zutrifft





# Hauptdiagnosen

- ⇒ Hauptdiagnose bestimmt die Basis-DRG
- ⇒ I.d.R. kein Ermessensspielraum (Kodierrichtlinien)
- ⇒ Wenn Ermessensspielraum, sollte dieser optimal ausgenutzt werden



# Nebendiagnosen

Ziele im G-DRG-System:

- ⇒ Menge der Nebendiagnosen optimieren
- ⇒ Qualität der Nebendiagnosen optimieren



# Menge der Nebendiagnosen

- ⇒ Berichtswesen: Regelmäßige Berichte über die Nebendiagnosen pro Fall
- ⇒ Fachgebietsbezogener Vergleich mit anderen Spitälern
- ⇒ Ggf. Vergleich mit veröffentlichten G-DRG-Durchschnittswerten




# Qualität der Nebendiagnosen

- ⇒ Keine unspezifischen Diagnosen
- ⇒ Abgleich der Nebendiagnosenstatistik mit der Liste der CCL-relevanten Nebendiagnosen



# Empfehlung Bearbeitungsfolge Nebendiagnosen

- ⇒ Erst Quantität
- ⇒ Dann Qualität



# B. Wesentliche Steuerungsgrößen im G-DRG-System

- ⇒ Haupt- und Nebendiagnosen
- ⇒ Prozeduren
- ⇒ Verweildauer
- ⇒ Aufnahme und Entlassung



# Bereiche für Prozeduren

- ⇒ OP
- ⇒ Sonstige Therapiebereiche
- ⇒ Diagnostik
- ⇒ Intensivstation
- ⇒ Normalstation



# Wichtige Arten von Prozeduren

- ⇒ Operationen
- ⇒ Sonstige Behandlungen
- ⇒ Diagnostische Maßnahmen
- ⇒ Medikamentengabe
- ⇒ Beatmung
- ⇒ Intensivbehandlung
- ⇒ Frühreha





# Qualität der Prozedurenkodierung

⇒ Möglichst keine unspezifischen Codes




# Ermittlung relevanter Prozeduren

- ⇒ Fachbezogenen DRG-Katalog analysieren
- ⇒ Relevante Prozeduren ermitteln
- ⇒ Kodierung optimieren
- ⇒ ggf. Kodierung bei externer  
Leistungserbringung sicherstellen



# Sonderfall Neugeborene

- ⇒ Auch solche Prozeduren sind hier z.T. vergütungsrelevant, die für sonstige Patienten ohne Einfluss auf die Vergütung sind
- ⇒ Analyse der entsprechenden Tabellen der „Probleme“ für Neugeborene
- ⇒ Gesonderten Dokumentations-/Kodierungsstandard aufbauen



# B. Wesentliche Steuerungsgrößen im G-DRG-System

- ⇒ Haupt- und Nebendiagnosen
- ⇒ Prozeduren
- ⇒ Verweildauer
- ⇒ Aufnahme und Entlassung



# Verweildauerreduzierung

- ⇒ DRGs belohnen kurze Verweildauer
- ⇒ Damit führen DRGs auch systemweit zu sinkenden Verweildauern
- ⇒ Vergütung wird u.U. dadurch nach unten angepasst



# Schritte zur Verweildauer- reduzierung

- ⇒ Klinische Behandlungspfade
- ⇒ Verweildauervisite
- ⇒ Entlassmanagement



# Klinische Behandlungspfade

- ➔ Erstellung geplanter Behandlungsverläufe für häufige Erkrankungen
- ➔ Dabei Reorganisation der Behandlungsabläufe zur Erzielung einer kürzeren Verweildauer



# Verweildauervisite


- ⇒ Analyse von Behandlungsverläufen auf Verbesserungspotential hinsichtlich der Verweildauer
- ⇒ Unterschied zum Klinischen Behandlungspfad: Nicht diagnosebezogen





# Entlassmanagement

- ⇒ Sicherstellen, dass Patienten auch entlassen werden können, wenn sie medizinisch nicht mehr im Akutspital betreut werden müssen
- ⇒ Betrifft sowohl spitalinterne als auch externe Bereiche



# B. Wesentliche Steuerungsgrößen im G-DRG-System

- ⇒ Haupt- und Nebendiagnosen
- ⇒ Prozeduren
- ⇒ Verweildauer
- ⇒ Aufnahme und Entlassung



# Aufnahme

- ⇒ Vor allem wichtig im Zusammenhang mit Wiederaufnahmen
- ⇒ Aufnahme diagnose des ersten Aufenthalts hat wesentlichen Einfluss auf MDC, DRG und damit auf mögliche Fallzusammenfassung bei Wiederaufnahme



# Entlassung

- ⇒ Entlassung darf im G-DRG-System nur erfolgen, wenn Behandlung abgeschlossen
- ⇒ Vorzeitige Entlassung oder Verlegung aus wirtschaftlichen Gründen ist verboten
- ⇒ Hier große Bedeutung der Dokumentation



# Gliederung

- ⇒ A. Grundlagen G-DRG
- ⇒ B. Wesentliche Steuerungsgrößen
- ⇒ C. Vermeidung v. Konfliktfeldern  
in der Abrechnung
- ⇒ D. Organisation der G-DRG-Einführung
- ⇒ E. Offene Fragen zu G-DRGs



# C. Vermeidung von Konfliktfeldern in der Abrechnung

- ⇒ Warum ist Vorbeugung nötig?
- ⇒ Konfliktfelder
- ⇒ Gegenmaßnahmen



# C. Vermeidung von Konfliktfeldern in der Abrechnung

- ⇒ Warum ist Vorbeugung nötig?
- ⇒ Konfliktfelder
- ⇒ Gegenmaßnahmen



# Warum Vorbeugung nötig? (I)

- ⇒ Krankenversicherer in Deutschland haben Aufwand für Abrechnungsprüfung mit DRG-Einführung vervielfacht
- ⇒ Anfragen, Zahlungsverweigerungen und Rechnungskürzungen gegenüber Spitälern haben deutlich zugenommen
- ⇒ Häufig ist es für das Spital nach der Abrechnung zu spät, wenn die Krankenversicherung auf Basis des Behandlungsverlaufs reklamiert





# Warum Vorbeugung nötig? (II)

- ⇒ Forderungsausfälle drohen durch verweigerte Zahlungen durch die Krankenversicherer
- ⇒ Liquiditätsengpässe drohen durch zeitliche Verzögerungen in den Zahlungen



# C. Vermeidung von Konfliktfeldern in der Abrechnung

- ⇒ Warum ist Vorbeugung nötig?
- ⇒ Konfliktfelder
- ⇒ Gegenmaßnahmen



# Konfliktfelder

- ⇒ Ambulant/Stationär
- ⇒ Untere Grenzverweildauer/Kurzlieger
- ⇒ Diagnosen mit Einfluss auf Vergütung
- ⇒ Prozeduren mit Einfluss auf Vergütung
- ⇒ Wiederaufnahmen
- ⇒ Obere Grenzverweildauer/Langlieger



# Ambulant / Stationär

- ⇒ Für Kurzlieger im G-DRG-System trotz UGVD-Abschlag relativ hohe Vergütung
- ⇒ In D versuchen Krankenversicherer hier massiv, statt der DRG eine (geringere) ambulante Abrechnung zu erzwingen

# Beispiel Ambulant / Stationär

- ⇒ G25Z Leistenhernie, 1 Belegungstag
- ⇒ Vergütung stationär ca:  
 $(0,659 - 0,212) \times 2.800 \text{ €} = 1.250 \text{ €}$
- ⇒ Vergütung ambulant für deutsche Spitäler:  
Weniger als die Hälfte
- ⇒ Ob für die Schweiz relevant abhängig von:
  - Rechtslage
  - Vergütung stationär bisher
  - Vergütung ambulant
  - bisherigem Umfang ambulanter Tätigkeit




# UGVD / Kurzlieger

- ➔ Bei Patienten, die gerade oberhalb der UGVD liegen, versuchen Krankenversicherungen den letzten Belegungstag anzugreifen, um so einen UGVD-Abschlag zu erzielen

# Beispiel UGVD / Kurzlieger

- ⇒ DRG F67C Hypertonie ohne schwere CC  
RG: 0,516  
UGVD-Abschlag: 1. Belegungstag  
Höhe des UGVD-Abschlags: 0,356
- ⇒ Patient wird am 01.03.2006 aufgenommen und am 03.03.2006 wieder entlassen
- ⇒ Abrechnung (ca.):  $0,516 \times 2.800 \text{ €} = 1.444 \text{ €}$
- ⇒ Abrechnung Entlassung bereits am 02.03.:  
 $(0,516 - 0,356) \times 2.800 \text{ €} = 448 \text{ €}$



# Diagnosen mit Einfluss auf die Vergütung (I)

- ⇒ Unterschiedliche Hauptdiagnosen können zu großen Änderungen der Vergütungshöhe führen
- ⇒ Nebendiagnosen können zu teurerer DRG innerhalb der Basis-DRG führen
- ⇒ Führen zu Anreiz für Spitäler, höherwertige Diagnosen zu kodieren („Upcoding“)





# Diagnosen mit Einfluss auf die Vergütung (II)

Konsequenzen:

- ⇒ Krankenversicherer fordern Zuweisung einer anderen Hauptdiagnose
- ⇒ Krankenversicherer fordern Begründung für / Streichung von Nebendiagnosen



# Optimierung Hauptdiagnose? (I)

- ⇒ Spitäler und Krankenversicherer verfügen häufig über Optimierungssoftware
- ⇒ Diese weist aus, welche Änderung in DRG und damit Vergütung sich aus einer veränderten Hauptdiagnose ergäbe
- ⇒ Dabei wird vom Programm schrittweise jeweils eine der Nebendiagnosen mit der Hauptdiagnose getauscht, neu gruppiert und die „beste“ Hauptdiagnose vorgeschlagen



# Optimierung Hauptdiagnose? (II)

- ⇒ Dieses Verfahren ist eigentlich nicht rechtskonform, da Kodierrichtlinien im Regelfall Bestimmung der Hauptdiagnose klar regeln



# Auffällige Hauptdiagnosen

- ⇒ Evtl. Grauzonen in der Abgrenzung zwischen Hauptdiagnosen
- ⇒ Aus Krankenversicherungssicht: Gefahr von Upcoding
- ⇒ Hier gezielte Kontrollen möglich



# Nebendiagnosen

- ⇒ Bestreiten von Nebendiagnosen durch die Krankenversicherer
- ⇒ Häufig unter Verweis auf die Kodierrichtlinien (Definition der Nebendiagnose)
- ⇒ Bei Medikamentengabe auch abhängig von jeweiliger Rechtslage



# Prozeduren mit Einfluss auf die Vergütung

- ➔ Für viele Prozeduren genau festgelegte Bedingungen, wann sie kodiert werden dürfen
- ➔ Bei Prozeduren, die zu höherer Vergütung führen, Anreiz für Versicherer, diese anzugreifen



# Wiederaufnahmen

- ⇒ Fallsplittung wirtschaftlich für Spitäler vorteilhaft
- ⇒ Krankenversicherer versuchen dies abzuwehren
- ⇒ Neben pauschalen Regelungen (Wiederaufnahmen gleiche Basis-DRG oder gleiche MDC, s.o.) auch Bereiche mit Ermessensspielraum



# WA: Komplikation

- ⇒ Begriff der Komplikation nicht klar definiert
- ⇒ Damit hier häufiger Streit, wenn Wiederaufnahme in der OGVD erfolgt






# WA: Beurlaubung

- ⇒ Patient wird behandelt, entlassen und einige Tage später (in der OGVD) wieder zur Behandlung aufgenommen, ohne dass dies der WA-Regelung unterliegt
- ⇒ Krankenversicherer in D sehen dies häufig als „Beurlaubung“ und fordern eine Zusammenlegung zu einem Aufenthalt (= eine DRG)



# WA: Nicht abgeschlossene Behandlung

- ⇒ Patient wird behandelt, entlassen und in der OGVD wieder zur Behandlung aufgenommen, ohne dass dies der WA-Regelung unterliegt
- ⇒ Krankenversicherer in D behaupten, dass die Behandlung im ersten Aufenthalt nicht abgeschlossen war und deshalb eine Zusammenfassung zu einem Fall vorzunehmen ist



# WA: Ignorieren von Ausnahmen zur WA-Regelung

- ⇒ Patient unterliegt nicht der WA-Regelung, weil ein DRG-bezogener Ausnahmetatbestand vorliegt (z.B. im Bereich Krebsbehandlung)
- ⇒ Krankenversicherung ignoriert diese Ausnahmeregelung oder wendet die WA-Regelung „analog“ an



# OGVD / Langlieger

- ⇒ Spital erhält für Patienten bei Überschreitung der OGVD pro Tag zusätzliches Entgelt
- ⇒ Krankenversicherer bestreiten die Notwendigkeit eines so langen Aufenthaltes
- ⇒ Begründungen:
  - Stationärer Aufenthalt nicht mehr erforderlich
  - Bei besserer spitalinterner Organisation auch innerhalb der OGVD abzuschließen



# C. Vermeidung von Konfliktfeldern in der Abrechnung

- ⇒ Warum ist Vorbeugung nötig?
- ⇒ Konfliktfelder
- ⇒ Gegenmaßnahmen



# Bereiche für Gegenmaßnahmen

- ⇒ Behandlungsabläufe
- ⇒ Dokumentation
- ⇒ Abrechnung



# Behandlungsabläufe (I)

- ⇒ Insbesondere Fallzusammenlegungen können durch die Gestaltung des Behandlungsablaufs beeinflusst werden
- ⇒ Änderungen in der Organisation benötigen Vorlaufzeit



# Behandlungsabläufe (II)

- ⇒ Wichtig: Behandlungspflichtige Nebenerkrankungen möglichst vor dem Spitalaufenthalt identifizieren
- ⇒ Erst Spitalaufenthalt für die Nebenerkrankung
- ⇒ Im zweiten Schritt dann die ursprünglich geplante Behandlung





# Dokumentation (I)

- ⇒ Rechnungsprüfung durch die Krankenversicherer erfolgt im Nachhinein
- ⇒ Basis dafür ist i.d.R. die Krankenakte
- ⇒ Kann bei Reklamationen nicht mehr rückwirkend geändert werden



# Dokumentation (II)

- ⇒ Bei Dokumentation müssen Konfliktfelder bereits berücksichtigt werden
- ⇒ Dokumentation sollte möglichst keine Ansatzpunkte für Rechnungskürzungen bieten



# Abrechnung (I)

- ⇒ Bei Reklamationen ist zielentsprechende Darstellung/Begründung von medizinischen Sachverhalten nötig
- ⇒ Antworten an Krankenversicherer nur durch entsprechend geschultes Personal



# Abrechnung (II)

- ⇒ Effizienter Umgang mit Reklamationen
- ⇒ Standardbriefe für häufige Anfragen
- ⇒ Textbausteine für wirtschaftliche Bearbeitung von Anfragen



# Gruppenarbeit

## Abrechnungskonflikte

⇒ Gruppenarbeit siehe Übungsblatt



# Gliederung

- ⇒ A. Grundlagen G-DRG
- ⇒ B. Wesentliche Steuerungsgrößen
- ⇒ C. Vermeidung von Konfliktfeldern in der Abrechnung
- ⇒ D. Organisation der G-DRG-Einführung
- ⇒ E. Offene Fragen zu G-DRGs



# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm





# Warum DRG-Beauftragte?

- ⇒ Abteilungen müssen für G-DRGs Änderungsschritte umsetzen
- ⇒ Hoher Informationsbedarf, auch fachbezogen
- ⇒ Fachbezogene Aufgaben können nicht nur von einer Stelle (Medizincontroller) geleistet werden



# Aufgaben DRG-Beauftragte

- ⇒ Fachbezogenes Wissen zu G-DRGs bündeln
- ⇒ DRG-bezogene Änderungen in den Prozessen der Abteilung koordinieren
- ⇒ Ansprechpartner für DRG-bezogene Fragen von Spitalleitung oder Medizincontrolling / Kodierung an die Abteilung
- ⇒ Abteilungsinterne Schulung



# Auswahl DRG-Beauftragte

- ⇒ Hauptabteilungen: Oberärzte
- ⇒ Belegabteilungen: Belegarzt oder  
Arzthelferin



# Schulung DRG-Beauftragte

- ⇒ Allgemeine DRG-Schulungen
- ⇒ Fachspezifische DRG-Schulungen



# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# Warum DRG-Steuerungsgruppe?

- ⇒ DRG-Einführung Überlebensfrage für Spital
- ⇒ Zahlreiche verbundene Einzelprobleme
- ⇒ Viele Berufsgruppen involviert



# Aufgaben DRG-Steuerungsgruppe

- ⇒ Koordination der G-DRG-Einführung
- ⇒ Schulung der Führungskräfte
- ⇒ Diskussion G-DRG-relevanter Maßnahmen  
(z.B. Anpassung Dokumentationsstandards)
- ⇒ Besprechung DRG-Berichtswesen



# Mitglieder DRG-Steuerungsgruppe

- ⇒ Spitalleitung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ ggf. Chefärzte





# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# Kodierung in Australien

- ⇒ Nichtärztliche Kodierassistenten
- ⇒ Arzt dokumentiert in Krankenakte
- ⇒ Krankenakte wird von Kodierfachkraft ausgewertet
- ⇒ Codes werden Diagnosen und Prozeduren von Kodierfachkraft zugeordnet und in EDV erfasst



# Empfehlung für Deutschland

- ⇒ Empfehlung australischer Fachleute für Deutschland bei DRG-Einführung: Kodierung durch Ärzte
- ⇒ Begründung: Informationsverlust bei Kodierung auf Basis Krankenakte
- ⇒ Bessere Qualität, wenn behandelnder Arzt selbst kodiert



# Problem bei Empfehlung

- ⇒ Motivation und Kosten nicht berücksichtigt
- ⇒ Ist ein Arzt bei der Kodierung genauso motiviert wie eine Kodierungsfachkraft?
- ⇒ Sind Ärzte für die Kodierung bezahlbar?



# Konsequenz für Deutschland

- ⇒ Kodierung wurde häufig den Ärzten übertragen
- ⇒ Neue Arztstellen wurden nicht geschaffen (da kein zusätzliches Geld für DRGs)
- ⇒ Ergebnisse:
  - Riesige Motivationsprobleme
  - Flucht von Medizinernachwuchs in andere Bereiche
  - Ärztestreiks



# Empfehlung für Schweizer Spitäler

- ⇒ Kodierung durch nichtärztliche Kodierungsfachkräfte
- ⇒ Einsatz von Medizincontroller(n) für Qualitätssicherung der Kodierung und für Zweifelsfragen



# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# Kernaufgaben Medizincontrolling

- ⇒ Organisation und Überwachung der Kodierung  
(nicht jedoch: Durchführung der Kodierung)
- ⇒ Management des klinischen Abrechnungsprozesses (Anfragen, Reklamationen)
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Optimierung klinischer Prozesse





# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# Datenerfassung

- ⇒ Sicherstellung der umfassenden Datenerfassung
- ⇒ Einsatz geeigneter Subsysteme



# Abrechnung

Auswahl geeignetes System:

- ⇒ Komfort in der Abrechnung, insbes.:  
Geschwindigkeit in der Datenerfassung
- ⇒ Einbindung in bisheriges  
Informationssystem des Spitals



# DRG-Auswertungen

- ⇒ DRG-Auswertungen sind bereits vor Beginn der Echt-Abrechnung als Vorbereitung nötig
- ⇒ Alternativen:
  - Gruppierung durch externen Dienstleister
  - Einbindung eines G-DRG-Groupers mit Mappingtabelle (Prozeduren) in das Informationssystem des Spitals



# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# Ziele DRG-Berichtswesen

- ⇒ Überwachung durch Management
- ⇒ Schwachstellen / Verbesserungspotentiale auffinden
- ⇒ Anreiz für Veränderungen



# Organisation DRG-Berichtswesen

- ⇒ Abteilungsbezogen
- ⇒ Soweit sinnvoll: Vergleich mit anderen Abteilungen
- ⇒ Turnus: Routinekennzahlen monatlich



# Berichtswesen: Diagnosen

- ⇒ Nebendiagnosen pro Fall
- ⇒ CCL-relevante Nebendiagnosen pro Fall
- ⇒ Anteil unspezifischer Hauptdiagnosen





# Berichtswesen: Prozeduren

⇒ Anteil unspezifischer Prozeduren



# Berichtswesen: DRGs

Voraussetzung: Groupier

- ⇒ Durchschnittlicher PCCL
- ⇒ Casemix
- ⇒ CMI
- ⇒ ABC-Analyse DRGs/Basis-DRGs
- ⇒ Casemix nach MDCs
- ⇒ Anteil Abschläge, Anteil Zuschläge



# Berichtswesen: Verweildauer

- ⇒ Durchschnittliche Verweildauer
- ⇒ Verweildauer im Verhältnis zur Katalog-Verweildauer (für Normallieger)
- ⇒ Verweildauerabweichung für häufige DRGs



# Berichtswesen: Erlöse

Voraussetzung: DRG-Abrechnung

- ⇒ DRG-Erlöse
- ⇒ Nicht abrechenbare Erlöse
- ⇒ Mit Krankenversicherungen strittige Erlöse



# Berichtswesen: Kosten

- ⇒ Kostendeckungsgrad nach
  - MDC
  - DRG
- ⇒ Deckungsbeitrag nach DRG  
(Voraussetzung jeweils Kostenträgerrechnung)



# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# Ziele Coding-Review

- ⇒ Richtlinien für Kodierung einhalten
- ⇒ Noch nicht ausgeschöpfte Kodierungsspielräume auffinden



# Was ist ein Coding-Review?

- ⇒ Stichprobenweise Überprüfung der Kodierung
- ⇒ Schwerpunkt auf
  - Vollständigkeit (insbes. Nebendiagnosen)
  - Einhaltung Kodierrichtlinien





# Durchführung Coding-Review

- ⇒ Durchführung durch:
  - Mitarbeiter anderer Abteilungen
  - Mitarbeiter anderer Spitäler (Kooperation)
  - Externe Dienstleister
- ⇒ Ablauf:
  - Stichprobe ziehen
  - Anhand Krankenakte Kodierung überprüfen
  - Ggf. Änderungsbedarf in Organisation ableiten




# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ Compliance-Programm



# Warum Reklamationsmanagement?

- ⇒ In Deutschland Vervielfachung der Anfragen und Reklamationen der Krankenversicherungen
- ⇒ Ergebnisse:
  - Überlastung der Ärzte mit klinischen Anfragen
  - Liquiditätsengpässe
- ⇒ Viele Anfragen nach gleichem Schema



# Reklamationsmanagement: Standardisierung

Teilautomatisierung der Bearbeitung:

- ⇒ Musterantworten für häufige Anfragen
- ⇒ Textbausteine

Zeitliche Standards (Fristen)



# Reklamationsmanagement: Überwachung

- ⇒ Überwachung des Reklamationsstatus:
  - In Bearbeitung?
  - Von wem?
  - Terminsetzung?
- ⇒ Übersicht über Reklamationsgründe –  
Voraussetzung für Teilautomatisierung



# Reklamationsmanagement: Eskalation

- ⇒ Klare Zuweisung von Kompetenzen
- ⇒ Eskalationsstrategien bei Streitigkeiten mit Krankenversicherungen, z.B.:
  - Sachbearbeiter
  - Abteilungsleiter
  - Medizincontroller
  - Spitaldirektor
  - Rechtsanwalt



# D. Organisation der G-DRG-Einführung

- ⇒ DRG-Beauftragte
- ⇒ DRG-Steuerungsgruppe
- ⇒ Kodierung
- ⇒ Medizincontrolling
- ⇒ EDV-Vorbereitung
- ⇒ DRG-Berichtswesen
- ⇒ Coding-Review
- ⇒ Reklamationsmanagement
- ⇒ **Compliance-Programm**



# Gründe für Compliance-Programm

- ⇒ Rechnungsstellung wird vor allem von der klinischen Kodierung bestimmt
- ⇒ Einhalten von Kodierungsregeln wichtig für korrekte Abrechnung
- ⇒ Häufig in DRG-Ländern Sanktionen bei systematischer Fehlkodierung
- ⇒ Compliance-System zur Abwehr von Sanktionen





# Was ist ein Compliance-Programm?

- ⇒ Maßnahmen zur Überwachung und Einhaltung von Regeln im Zusammenhang mit dem DRG-System
- ⇒ Betrifft insbes.:
  - Kodierung von Diagnosen und Prozeduren
  - Regeln zum Entlassungszeitpunkt



# Elemente Compliance-Programm

- ⇒ Compliance-Beauftragte
- ⇒ Compliance-Gruppe
- ⇒ Klare Kommunikationswege für Compliance-relevante Informationen
- ⇒ Schulungen
- ⇒ Überwachung der Regelungen
- ⇒ Durchsetzung der Vorgaben / interne Sanktionen



# Gliederung

- ⇒ A. Grundlagen G-DRG
- ⇒ B. Wesentliche Steuerungsgrößen
- ⇒ C. Vermeidung von Konfliktfeldern  
in der Abrechnung
- ⇒ D. Organisation der G-DRG-Einführung
- ⇒ E. Offene Fragen zu G-DRGs



## Offene Fragen

Welche weiteren Fragen haben Sie zum G-DRG-System?



# Regorz Consulting GmbH

Regorz Consulting GmbH  
Neue Grottkauer Str. 3  
D-12619 Berlin  
Deutschland

[mail@regorz-consulting.de](mailto:mail@regorz-consulting.de)  
[www.regorz-consulting.de](http://www.regorz-consulting.de)

Tel: 0049-30 / 21 79 11 87  
Fax: 0049-30 / 72 23 98 869

[www.regorz-consulting.de](http://www.regorz-consulting.de)





# Copyright

- ➔ Die vorliegenden Unterlagen sind urheberrechtlich geschützt.
- ➔ Eine Haftung für den Inhalt wird nicht übernommen.