

Die 10 Schlüssel zum Erfolg für Schweizer Spitäler im G-DRG-System

Die Schweiz hat sich für das deutsche G-DRG-System als Basis für die weitere DRG-Einführung entschieden. Die 10 Schlüsselemente sind entstanden aus Erfahrungen bei der DRG-Einführung sowohl in deutschen Spitälern mit Hauptabteilungen als auch in Belegspitälern. Die folgenden Ausführungen sollen Ihnen helfen, das Wissen aus den deutschen Wegen und Umwegen mit dem G-DRG-System für Ihr Spital nutzbar zu machen.

1. Wissensvermittlung / Motivation

Die erfolgreiche DRG-Einführung setzt ein entsprechend verbreitetes Grundwissen voraus. Nur wenn alle Kader wissen, wie das G-DRG-System im wesentlichen funktioniert und welche Bedeutung die einzelnen Elemente für das finanzielle Wohlergehen des Spitals haben, werden sie bei der Umstellung auf das neue DRG-System konsequent mitwirken.

Erforderliche Wissensgebiete sind hier insbesondere:

- Grundlegende Funktionsweise des G-DRG-Systems
- Abrechnung mit G-DRGs
- G-DRG-Vokabular (z.B. DRG, MDC, Partition, Basis-DRG, CCL, PCCL, Grenzverweildauer, Basisfallwert/Baserate, Relativgewicht, Casemix, Casemixindex - CMI, Kodierrichtlinien, echte und unechte Fehler-DRGs, etc.)
- Bedeutung der Codierung von Haupt- und vor allem auch Nebendiagnosen und Prozeduren
- Organisatorische Anforderungen an die Einführung der G-DRGs

Eine der ersten Einführungsschritte sollte daher im Aufbau eines Schulungskonzepts liegen. Neben Grundschulungen für alle Kader sollten im Laufe der weiteren DRG-Einführung noch Spezialschulungen für ausgewählte Berufsgruppen hinzukommen (inhouse oder Teilnahme an externen Schulungen).

2. DRG-Beauftragte

Der Umstieg auf G-DRGs ist ein relativ langfristiges und für den Erfolg des Spitals bedeutendes Projekt. Auch wenn viele Kader und Mitarbeiter des Spitals über grundlegende Informationen über G-DRGs verfügen müssen, benötigt man doch in den verschiedenen Abteilungen besonders kompetente Ansprechpartner für die praktische Umsetzung.

Hier hat es sich bewährt, wenn pro Fachabteilung ein DRG-Beauftragter eingesetzt wird, der neben seiner regulären Tätigkeit für die Abteilung die DRG-Einführung koordiniert. Diese DRG-Beauftragten dienen zugleich als Multiplikatoren für DRG-Wissen und als Ansprechpartner für Spitalleitung und Verwaltung in DRG-Fragen. Auch können die DRG-Beauftragten intern und extern gezielt geschult werden, so dass jede Abteilung über die nötigen vertieften Informationen zu DRGs verfügt.

Als DRG-Beauftragter werden in der Regel Oberärzte in Frage kommen. Bei Belegabteilungen hingegen ist es aus Zeitgründen der Belegärzte wesentlich schwieriger, DRG-Beauftragte zu finden. Gleichzeitig ist aber gerade hier die Integration der Belegärzte in die DRG-Bemühungen besonders wichtig. Neben Belegärzten kommen daher als DRG-Beauftragte auch Arzthelferinnen u.ä. in Frage, die in der Arztpraxis des Belegarztes mit Abrechnungsfragen betraut sind und daher über den entsprechenden Wissenshorizont in Fragen der Abrechnung und Codierung verfügen.

3. DRG-Steuerungsgruppe

Um die komplexe Vorbereitung auf das G-DRG-System möglichst gut bewältigen zu können, ist eine **Integration** der Anstrengungen **aller betroffenen Berufsgruppen** wichtig. Zu diesem Zweck bietet sich eine DRG-Steuerungsgruppe für das Spital an. Hier treffen sich regelmässig Kader aus ärztlichem Dienst, Pflege und Administration.

Aufgaben für die DRG-Steuerungsgruppe sind beispielsweise:

- Information über G-DRGs und den Stand deren Weiterentwicklung zum Swiss-DRG-System
- Beschlussvorbereitung für DRG-relevante Massnahmen (z.B. Dokumentationsstandards, etc.)
- Präsentation und Besprechung des DRG-Berichtswesens
- Möglichkeit, Fragen und Zweifelsfälle zu DRGs gemeinsam zu klären

Als Teilnehmerkreis kommt in Frage:

- Spitalleitung
- Ärztliche DRG-Beauftragte der Abteilungen
- Medizincontrolling
- fakultativ: Chefärzte
- Abrechnungsmanagement

Hinsichtlich des Besprechungsturnus hat sich bewährt, anfangs relativ häufig zu tagen (ca. alle zwei Monate). Im Laufe der Zeit kann dann der Besprechungsrhythmus verlangsamt werden.

4. Codierung von Diagnosen

Naturgemäss haben in den **Diagnosis Related Groups** die Diagnosen einen wesentlichen Einfluss auf die DRG und damit die Vergütung des Spitals. Mit der Codierung der Diagnosen wird quasi schon die spätere Rechnung geschrieben. Daher muss hier ein Schwergewicht der Anstrengungen liegen.

Wichtig sind neben der korrekten Hauptdiagnose vor allem die Nebendiagnosen, die zu einem höheren Schweregrad der DRG und damit zu einer höheren Vergütung führen können

Eine wesentliche Besonderheit ist im **G-DRG-System** im Vergleich zu anderen DRG-Systemen, dass **pro Fall mehrere Nebendiagnosen** für den Schweregrad herangezogen werden. Damit ist neben der Qualität der (Neben-)Diagnosencodierung auch deren Menge von grosser finanzielle Bedeutung.

In der Praxis bietet sich hier ein zweistufiges Vorgehen an. Im ersten Schritt wird der Fokus auf die Menge der Nebendiagnosen pro Fall gelegt. In einem zweiten Schritt wird dann die Spezifität der Diagnosen verbessert, da sehr allgemeine Diagnosencodes z.T. zu geringeren Vergütungen führen als entsprechend spezifischere Codes.

Nicht alle Nebendiagnosen besitzen die Eigenschaft, in eine höherwertige DRG führen zu können. Um gezielt eine Codierung derjenigen Nebendiagnosen zu fördern, die vergütungsrelevant sein können, sollte die entsprechende Liste mit dafür relevanten Nebendiagnosen mit der bisherigen Diagnosenstatistik der Abteilungen des Spitals abgeglichen werden. So können gezielt Verbesserungsmöglichkeiten in der Codierung aufgespürt werden.

Bei der praktischen Durchführung der Diagnosencodierung hatten sich die meisten deutschen Spitäler anfangs dafür entschieden, die Codierung primär den Ärzten zusätzlich zu ihrer klinischen Tätigkeit zu übertragen. Dies hat sich jedoch nicht bewährt, so dass zwischenzeitlich vermehrt spezielle Codierfachkräfte eingesetzt werden. Meistens sind dies Arzthelferinnen oder Krankenschwestern mit entsprechender Fortbildung in klinischer Codierung.

5. Codierung von Prozeduren

Neben den Diagnosen bestimmen im G-DRG-System vor allem die Prozeduren (Operationen, sonstige Eingriffe und Massnahmen) die DRG des Falls und damit die Vergütung. Das australische DRG-System, aus dem die G-DRGs ursprünglich entwickelt wurden, war primär von Diagnosen dominiert.

Die Weiterentwicklung des deutschen **G-DRG-Systems** hat jedoch einen immer stärkeren **Fokus auf die Prozeduren** gelegt, so dass von Seite der Krankenkassen das Ergebnis ironisch schon als „PRG“ (Procedure Related Group) bezeichnet wurde.

Neben dem direkten Einfluss auf die DRGs haben die Prozeduren in Deutschland inzwischen auch eine grosse Bedeutung für Zusatzentgelte, die neben einer DRG vergütet werden (insbesondere für teure Medizinalprodukte, z.B. Zytostatika).

Daher ist neben der Diagnosencodierung fast ebenso wichtig, eine vollständige und optimale Codierung der Prozeduren zu erreichen. Auch bei den Prozeduren ist neben der Anzahl die Genauigkeit der Codierung entscheidend, um zur optimalen Vergütung zu kommen.

Eine besondere Rolle spielt im G-DRG-System die Codierung von Prozeduren in der Geburtshilfe/Neonatalogie. Hier können bereits Prozeduren zu einer höheren Vergütung führen, die bei Erwachsenen keinen Einfluss auf die DRG hätten.

In der Praxis bewährt hat sich eine Codierung durch nichtärztliches Personal direkt vor Ort bei der Durchführung der Prozedur, z.B. im OP mit der OP-Dokumentation durch die OP-Schwestern, auf der Intensivstation durch das dortige Pflegepersonal, etc.

6. DRG-Berichtswesen

Zur Unterstützung und Kontrolle der G-DRG-Einführung benötigt man ein geeignetes DRG-Berichtswesen. Dieses dient sowohl den Abteilungen zur Rück-

meldung über die Ergebnisse ihrer Anstrengungen als auch der Spitalleitung zur Überwachung und ggf. zum **Eingreifen bei Fehlentwicklungen**. Das DRG-Berichtswesen sollte im wesentlichen abteilungsbezogen gestaltet sein, ggf. auch arztbezogen.

Wichtige Kennzahlen sollten monatlich ausgewertet werden. Sie werden den Abteilungsleitern, DRG-Beauftragten und Mitgliedern der DRG-Steuerungsgruppe zur Verfügung gestellt und auch im Rahmen der Steuerungsgruppe diskutiert.

Wesentliche Kennzahlen sind hier:

- Anteil unspezifische Hauptdiagnosencodes
- Nebendiagnosen pro Fall
- Nebendiagnosen mit möglichen Auswirkung auf den DRG-Schweregrad pro Fall
- Anteil unspezifische Nebendiagnosencodes
- DRG-relevante Prozeduren pro Fall
- Anteil unspezifischer Prozedurencodes
- Geschwindigkeit der Diagnosencodierung/Rechnungserstellung
- Summe der Relativgewichte/Casemix
- CMI (Casemix-Index)
- Durchschnittliche Verweildauer

Neben den aktuellen Monatswerten ist für die verschiedenen Kennzahlen vor allem deren zeitliche Entwicklung von Bedeutung.

7. EDV-Unterstützung

Da der Zeithorizont bis zum Beginn der eigentlichen DRG-Abrechnung in der Schweiz relativ kurz bemessen ist, sollten frühzeitig G-DRG-Groupen eingesetzt werden, sobald diese zur Verfügung stehen. Nur im praktischen Testeinsatz mit dem Grouping von G-DRGs können die Kader und Mitarbeiter des Spitals die Eigenschaften und Besonderheiten des G-DRG-Systems schnell genug beherrschen lernen.

Insbesondere für die Prozedurencodes werden hier Überleitungstabellen nötig sein, da die Schweiz ein anderes Codierungssystem als Deutschland anwendet. Doch auch wenn so noch nicht optimal in G-DRG-System gegroupt werden kann, ist es wichtig, praktische Erfahrung mit dem G-DRG-System zu gewinnen. Wenn man von der Entwicklung in Deutschland Rückschlüsse ziehen kann, werden schon recht kurzfristig Anbieter für derartige Gruppierungen von Schweizer Spitaldaten mit G-DRG-Groupen im Markt tätig sein.

EDV-seitig ist eine möglichst gute Integration der Tätigkeiten zu den DRGs in das Spitalinformationssystem sehr wichtig, da sonst viel aufwändige Zusatzarbeit entsteht, verbunden mit merklichen zusätzlichen Personalkosten.

Auch kann ein EDV-gestütztes DRG-Benchmarking auf Basis von G-DRGs mit anderen Spitälern einen wichtigen Orientierungspunkt für Stand und Verbesserungspotentiale des Spitals in der Vorbereitung auf das Vergütungssystem bieten.

8. Medizin-Controlling

Mit DRGs steigt die Bedeutung der medizinische Steuerung. In Deutschland geht im Zuge der G-DRG-Einführung seit einigen Jahren der Trend zum Einsatz eines Medizin-Controllers als Stabsstelle der Spitalleitung. Meistens ist dies ein Arzt, der als Oberarzt oder sonstiger Facharzt bereits intensive Erfahrungen im klinischen Alltag sammeln konnte.

Aufgaben eines Medizincontrollers sind in Deutschland beispielsweise:

- Überwachung und Optimierung der Codierung
- Laufende Schulung der Mitarbeiter in Fragen der Codierung
- Bearbeitung von Anfragen und Reklamationen der Krankenversicherungen
- Klinisches Berichtswesen
- Mitwirkung bei der Optimierung klinischer Abläufe

9. Verweildauerreduzierung und Kostenmanagement

DRGs setzen einen finanziellen Anreiz für eine schnelle Reduzierung der Verweildauer. Neben einem laufenden Monitoring mit abteilungsbezogenen Auswertungen und Vergleichszahlen zur Verweildauer sollten auch konkrete Initiativen zur Verweildauerreduzierung geprüft werden. Als Methoden kommen hier beispielsweise in Frage:

- Optimierung des Entlassmanagements
- Durchführung von Verweildauervisiten
- Entwicklung klinischer Behandlungspfade

Für das Kostenmanagement sind Informationen über DRG-bezogene Kosten von grosser Bedeutung (DRG-Kalkulation). Soweit im Spital noch nicht vorhanden sollte daher zeitnah eine patientenbezogenen Kostenträgerrechnung umgesetzt werden. Bei bereits eingesetzter Kostenträgerrechnung sollte deren Eignung für die DRG-Kalkulation überprüft werden. Für die Einführung einer DRG-Kostenträgerrechnung ist im ersten Schritt der Aufbau/Ausbau der patientenbezogenen Kosten- und Leistungserfassung vorzusehen. Eine erste Hilfestellung hierfür kann das Kalkulationshandbuch der deutschen Selbstverwaltung zur DRG-Kalkulation geben.

10. Abrechnungsmanagement / Reklamationen

In Deutschland haben die **Abrechnungsstreitigkeiten** mit den Krankenkassen im Laufe der G-DRG-Einführung **drastisch zugenommen**. Beide Seiten haben personell aufgerüstet, die deutschen Krankenkassen haben die Stellen in ihrem Medizinischen Dienst massiv ausgebaut, die Spitäler haben Stellen für Codierfachkräfte und Medizincontrolling geschaffen.

Der Schlüssel im Umgang mit Reklamationen ist eine von Beginn gute Dokumentation unter Berücksichtigung der möglichen Streitpunkte. In Deutschland haben sich mit der Einführung der G-DRGs vor allem die folgenden **Bereiche mit Konfliktpotential** in der Abrechnung mit den Krankenkassen ergeben:

-
- Fallzusammenlegung bei **Wiederaufnahmen** – Lagen bei zwei aufeinander folgenden Spitalaufenthalten wirklich zwei Fälle vor (damit auch zwei DRGs) oder handelt es sich um einen gemeinsamen Fall (dann nur eine DRG)
 - Notwendigkeit des stationären Aufenthalts bei **Kurzliegern** – Konnte nicht auch ambulant behandelt werden? Dieser Streitpunkt entsteht vor allem deshalb vermehrt bei Kurzliegern, weil diese im alten deutschen Abrechnungssystem mit Tagespauschalen für die Kasse relativ billig waren, mit G-DRGs jedoch plötzlich für ein bis zwei Tage sehr hohe Rechnungsbeträge entstanden.
 - **Diagnosencodierung** - War die Nebenerkrankung wirklich behandlungsrelevant? Ist eine zu schwere Hauptdiagnose codiert worden? Vor allem beim Abweichen zwischen Einweisungsdiagnose/Aufnahmediagnose und der späteren (DRG-relevanten) Hauptdiagnose tritt dies auf.

Um nicht unter einem Berg von Reklamationen erschlagen zu werden, sollten frühzeitig Musterbriefe und Formulare zum Ankreuzen sowie Antworten mit Textbausteinen entwickelt werden, die bei immer wiederkehrenden Anfragen der Versicherer eingesetzt werden können. Auch sind interne Organisationsstandards für den Umgang mit Reklamationen einzusetzen, um den Aufwand für einzelne Reklamation zu minimieren und sicherzustellen, dass nur in DRG-Fragen kompetentes Personal gegenüber den Versicherungen Auskünfte gibt.

Auch muss von Seiten des Finanzmanagements des Spitals rechtzeitig einkalkuliert werden, dass der Prozess der Rechnungsstellung durch das Spital und der Rechnungsprüfung durch die Krankenversicherung sich gegenüber dem bisherigen Stand u.U. deutlich verzögern kann – mit entsprechenden negativen Auswirkungen auf die **Liquidität des Spitals**.

Zuletzt ist im Abrechnungsmanagement auch noch der Themenkomplex „Compliance“ zu beachten: In Ländern mit DRG-Abrechnung sind häufig finanzielle Sanktionen vorgesehen, wenn bei Prüfungen vorsätzliche oder fahrlässige Abweichungen von vorgegebenen Abrechnungsstandards (Kodierrichtlinien) entdeckt werden. Ein Compliance-System ist eine Sammlung organisatorischer Regelungen, welche die Sicherstellung der Einhaltung der vorgegebenen Abrechnungsrichtlinien zum Ziel hat. Insbesondere aus den USA gibt es hier recht gute Muster, wie ein Spital ein Compliance-System aufbauen kann.

Berlin im Dezember 2005

Arndt Regorz