

DRG-Kodierung: Interpretationsspielraum mit Budgetfolgen

Abrechnen durch Diagnose-bezogene Fallgruppen (DRG) in den Schweizer Spitälern verspricht transparente und vergleichbare Kostendaten. Je nachdem aber, ob die Kodierregeln restriktiv oder progressiv ausgelegt werden, erzielt das Spital einen erheblich unterschiedlichen Erlös. Die AutorInnen des Beitrags plädieren für eine unabhängige Kontrollinstanz.

Rolf Malk¹ und Katrin Rachinger

Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnose-bezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, welches Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in medizinisch homogene Fallgruppen klassifiziert. Diese Fallgruppen werden nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet. Verschiedene Länder verwenden DRGs zur Finanzierung von Spitalbehandlungen. Während die meisten Länder die DRGs spitalbezogen zur Verteilung staatlicher oder versicherungsbezogener Budgets einsetzen, dienen die DRGs in der Schweiz der

leistungsorientierten Vergütung von einzelnen Spitalfällen. Bisher setzten einige Kantone und Spitäler das aus Amerika stammende APDRG (All Patient Diagnoses Related Groups) ein mit der Zusatzentwicklung der Swiss Payment Groups (spezifische, schweizerische Gruppen). Die Schweiz sieht die Einführung des adaptierten (helvetisierten) deutschen DRG-Systems für 2009 vor. Die Ziele der neuen «Swiss DRG» sind:

- die Liegezeit in Schweizer Spitälern zu verkürzen
- die Bezahlung von medizinischen Leistungen in den Spitälern zu vereinheitlichen («gleicher Preis für gleiche Leistung»)
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Spitalleistungen herzustellen (Benchmark)
- vermutete Überkapazitäten im Spitalbereich abzubauen
- insgesamt zukünftig zu erwartende Kostensteigerungen im stationären Bereich zu eruieren, zu vergleichen und allenfalls zu begrenzen.

Medizinische Dokumentation als Kodiergrundlage

Durch das DRG-System wird das Augenmerk stark auf die medizinische Dokumentation, deren Organisation und die daraus resultierende Kodierung (Verschlüsselung von Diagnosen und Therapien) gerichtet. Die medizinische Dokumentation gilt jetzt nicht nur mehr als Informationsweitergabe zwischen den einzelnen Behandlungsstationen oder der aus Rechtsgründen verpflichtenden Dokumentation eines Behandlungsfalles, sondern sie dient jetzt auch als Hauptgrundlage dafür, dass ein stationärer Spitalfall leistungsgerecht finanziert wird. Die medizini-

sche Dokumentation, welche das Spital während des stationären Aufenthalts anlegt, umfasst folgende Bestandteile:

- Ein- und Austrittsbericht des Arztes
- Pflegekardex (Pflegekurve und -berichte)
- Anästhesie- und Operationsberichte
- Diagnostik- und Therapieberichte



Rolf Malk



Katrin Rachinger

¹ Rolf Malk ist Herausgeber des DRG-Handbuch Schweiz und Geschäftsführer der Malk Medizin Controlling AG.

■ Laborbefunde

Massgebliche Kriterien für die Zuordnung des Behandlungsfalls zu einer Diagnose-bezogenen Fallgruppe sind:

- die Hauptdiagnose
- im Spital durchgeführte Therapien (Operationen, aufwändige Untersuchungen)
- Nebendiagnosen und Komplikationen, die den Behandlungsverlauf beeinflussen
- Patienten-bezogene Faktoren wie Alter, Geschlecht der Patienten oder das Geburtsgewicht bei Säuglingen
- administrative Daten wie Eintritts- und Austrittsart beziehungsweise -zeitpunkt.

Richtlinien zur Kodierung

Wann eine Diagnose und eine Therapie zur Berechnung einer DRG herangezogen werden darf, regeln in der Schweiz mehrere Kodiervorgaben. Im Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik (BfS) Version 1.0 sind die Definitionen für die Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Haupttherapie und Nebentherapien hinterlegt sowie die speziellen Kodierrichtlinien zu bestimmten Fällen. Im TAR APDRG (Tarifbuch 2004/2006) werden vor allem Abrechnungsregeln erläutert und festgesetzt. In den Klassifikationsbüchern (ICD 10 Version 1.3 und CHOP Version 8.0) sind ebenfalls weitere Regeln der Kodierung in der Einleitung und den In- und Exklusiva der einzelnen Kapitel aufgeführt. Zudem sind noch die allgemein gültigen Kodierrichtlinien der WHO (Weltgesundheitsorganisation) und die zweimal jährlich erscheinenden CodeInfos (mit Neuerungen bei problematischen Kodierfällen) vom BfS zu beachten.

All diese Richtlinien müssen beachtet werden, wenn ein Fall kodiert und in eine DRG eingeteilt wird. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass die bestehenden Richtlinien nicht genügen, damit einheitlich verschlüsselt und die Kodierung reliabel wird. Ein Grund hierfür liegt im Kodierrglement des Bundesamts für Statistik. Es entstand nicht, um Richtlinien für die Kodierung in einem DRG-System zu fixieren, sondern um Daten

Kasten

Kodier-Fallbeispiel: Ein Raucher mit Gallenblasenstein

Ein 45-jähriger Patient mit Gallenblasenstein ist zur laparoskopischen Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung durch minimalinvasive Technik) hospitalisiert. Bekannt ist zudem ein Nikotinabusus (Nikotinabhängigkeit). Im Labor wird einmalig eine Hypokaliämie (Kaliummangel) festgestellt, die keine Therapiemassnahme nach sich zieht. Der Patient bleibt vier Tage im Spital.

Mögliche Kodierung²

Hauptdiagnose:

K80.2 Gallenblasen ohne Cholezystitis

Nebendiagnosen:

E87.6 Hypokaliämie

F17.2 Abhängigkeitssyndrom durch Tabak

Haupttherapie:

51.23 Laparoskopische Cholezystektomie

Groupierung³ unter einer:

- *Restriktiven, regelkonformen Auslegung* ohne Nebendiagnosen:

DRG 494 «Lap. Cholezystektomie ... ohne KK» (Komplikationen & Komorbiditäten)
CW 0.696⁴ → CHF 4872.-⁵

- *Progressiven Auslegung:*

DRG 493 «Lap. Cholezystektomie ... mit KK» (Komplikationen & Komorbiditäten)
CW 1.075⁴ → CHF 7525.-⁵

Allein durch die Angabe oder das Weglassen der Nebendiagnosen wird ein Unterschied von CHF 2653.- erreicht. Die Nebendiagnosen haben für diesen Fall keinerlei behandlungswürdigen, diagnostischen oder pflegerischen Aufwand verursacht. Auch der stationäre Aufenthalt wurde dadurch nicht verlängert. Es ist damit nicht gerechtfertigt, für diesen Fall einen Mehrerlös zu erzielen.

für eine medizinische Landesstatistik (z.B. Anzahl der Stürze in häuslicher Umgebung) zu generieren.

Die Richtlinien lassen einen noch zu grossen Spielraum in der Interpretation des Aufwands einer medizinischen Leistung zu, wenn angestrebt ist, die stationären Spitalfälle prospektiv zu finanzieren.

Zwei Hauptauslegungsmöglichkeiten sind zu unterscheiden: die restriktive und die progressive Kodierung im Sinne des Spitals mit der daraus unterschiedlich resultierenden Abgeltung eines stationären Spitalfalls.

Restriktive oder progressive Auslegung

In einer restriktiven Auslegung werden nur die Diagnosen kodiert, die

einen erhöhten Aufwand in diesem spezifischen stationären Aufenthalt beansprucht haben. Die dazugehörenden Therapien und Diagnostiken werden kodiert, wenn sie nicht zum stationären Standard eines Spitalfalls gehören. Dies wäre die sinngemässe Auslegung der Kodierrichtlinien des BfS. In einer progressiven Auslegung hingegen werden alle Diagnosen und Therapien kodiert, die über den Patienten bekannt sind. Der Aufwand durch die Nebendiagnosen wird dabei grosszügig ausgelegt. Eine solche Kodierung kann folgende Gründe haben:

- fehlende medizinische Dokumentation
- eine so genannte medizinische, gesamtheitliche Abbildung des Spitalfalls
- ein gewisser «Lerneffekt» des Kodierenden bezüglich der Gruppierung⁶
- eine bewusste Manipulation des DRG-Systems durch den Kodierenden
- spitalinterne «Statistik- und Qualitätsnachweise»

² Kodierung unter den Klassifikationen ICD Version 1.3 und CHOP Version 8.0

³ 3M Grupper Version 1.6

⁴ AP DRG Kostengewichtstabelle Version 5.1

⁵ Als Berechnungsgrundlage wurde eine spekulative Base-rate von CHF 7000.- genommen.

⁶ 3M Grupper: Softwareprogramm (statische bzw. unbeeinflussbare Sortierung) zur Ermittlung einer APDRG. Entwicklung durch und im Besitz des Staats New York.

■ arztbezogene «Statistik- und Leistungsnachweise»

Der Entwicklungsstand beziehungsweise die Starrheit des 3M Grouters⁶ ist zudem dafür verantwortlich, dass auch eine regelkonforme Kodierung zu einer DRG führen kann, welche in keiner Weise den Kostenaufwand des Falls berücksichtigt oder gar in eine «Müll-DRG» (DRG-Gruppen, die nicht vergütet werden) führt. Deshalb können in diesen Fällen bewusst und real die geltenden Regeln ausser Kraft gesetzt werden, um in eine abrechenbare DRG zu gelangen.

Die Abgeltung eines stationären Falles hängt also stark davon ab, dass das Spital/der Kodierer die Kodierrichtlinien regelkonform interpretiert und anwendet. Dies kann unter Umständen für den Leistungsträger eine drei- bis vierstellige Finanzierungsungenauigkeit bei einem einzelnen Fall bedeuten (siehe Fallbeispiel im *Kasten*), sich jedoch in der Gesamtheit aller stationären Fälle wieder ausnivellieren.

Kodierverhalten mit erheblichen Kostenfolgen

Im Einzelfall ist diese Ungenauigkeit eventuell noch zu tolerieren oder nicht auffallend. Wird ein solches progressives Kodierverhalten jedoch hochgerechnet über ein Budgetjahr im Spital (hoher Case-Mix-Index), so kann dies einen ungerechtfertigten Mehrerlös im Millionenbereich ergeben. Für ein Spital, das restriktiv kodiert, bedeutet dies einen Verlust bei der Verteilung des Globalbudgets durch den Kanton.

Eine korrekte und vergleichbare Finanzierung der Leistungserbringer kann nur gewährleistet werden, wenn mit transparenten und nachvollziehbaren Kodierregeln restriktiv und einheitlich kodiert wird. Derzeit findet eine vereinbarte stichprobenhafte Datenkontrolle nur auf Anordnung von kantonalen zuständigen Behörden oder von Kostenträgern gemäss dem im Vertrag zwischen den Parteien vereinbarten Modus statt. Der Kodierrevisor wird dabei im gegenseitigen Einverständnis gewählt. Dieser fertigt über seine

Arbeit einen Kodierrevisionsbericht an. Die Konsequenzen aus dem Ergebnis dieses Berichts sind vertraglich unterschiedlich geregelt.

Für die Einhaltung der Kodierregeln bedarf es einer unabhängigen und unparteiischen Kontrollinstanz, die nicht nur bei einer Kodierrevision zum Einsatz kommt, sondern auch in Einzelfällen herangezogen werden kann. Eine Grundvoraussetzung stellen dabei landeseinheitliche Vorgaben und Regeln dar. Ebenfalls soll mit den Ergebnissen des Kodierberichts einheitlich umgegangen werden. Dadurch können die Unterschiede zwischen einer restriktiven und einer progressiven Kodierung minimiert werden. ■

AutorInnen:

Rolf Malk, Medizincontroller
Katrin Rächinger, Kodierexpertin

Malk Medizin Controlling AG

Alpenblickstrasse 20

8853 Lachen

E-Mail:

malk@medizincontrolling.ch