

clinicum

Die Autoren

Die Autoren haben seit 2003 Erfahrung mit der Einführung und Umsetzung von DRG-Systemen im Spitalsektor gesammelt. Sie haben dem Best-Practice-Implementierungsprozess eine Struktur gegeben und stellen ihn im Folgenden vor. Die Kernfrage im Zusammenhang mit der Einführung von SwissDRG lautet: «Welche aufbau- und ablauforganisatorischen Strukturen und Prozesse sind für eine erfolgreiche Implementierung notwendig?»



Rolf Malk
Geschäftsführer der
MALK MEDIZINCONTROLLING AG,
malk@medizincontrolling.ch



Andreas Gerhard
Krankenhausbetriebswirt (VWA)
Produktmanager Beratung und Prozesse
bei MALK MEDIZINCONTROLLING AG,
gerhard@medizincontrolling.ch

sprechend Ihrer Prüfpflicht eigene Prüfroutinen auf, welche ebenfalls eine Detailprüfung zu Diagnosen (ICD) und Leistungen (CHOP) beinhalten. Fragen an die Spitäler zum Behandlungsfall und Behandlungsverlauf sind die Folge. Unsere Erfahrungen zeigen, dass sich diese zusätzlichen Aufgaben am effizientesten durch die Verknüpfung der Bereiche Medizincontrolling, Kodierung und Patientenadministration bewältigen lassen. Es ist zukünftig zu erwarten, dass mehr als 10% der stationären Fälle anhand der Dokumentation durch Krankenkassen (Vertrauensärzte) geprüft werden. Deshalb muss sich die Struktur (Form) im Spital diesen neuen Anforderungen (Funktion) anpassen. Dieses Prinzip wurde bereits vor mehr als 100 Jahren von Sullivan formuliert und in der Architektur und Industrie weitgehend umgesetzt (vgl.: SULLIVAN «The tall office building artistically considered», Lippincott's Magazine, März 1896). Der Aufbau eines Rückweisungsmanagements ist in den Spitälern bislang die Ausnahme.

Zu 6d: Planung & Durchführung der Tarifverhandlungen SwissDRG

Die Tarifpartner sind auf Basis des ITAR-K CH V1.0 über Leistungs- und Kostendaten informiert worden. Die Verhandlungsführenden sollten frühzeitig Sondierungsgespräche zur Schaffung einer Vertrauensbasis führen, bevor konkrete Inhalte (Leistungsspektrum, Baserate etc.) definiert werden.

Zu 6e: Rechnungswesen (REKOLE®) und Reporting

Der Tarif SwissDRG setzt eine Kostenträgerrechnung im Spital voraus. Die Zuordnung der Kosten muss den geforderten Standards (siehe REKOLE) entsprechen. Der Aufbau eines SwissDRG-Reportings, welches interne IST-Kosten, Erlöse und Fallgruppen berücksichtigt, macht nur auf dieser Basis Sinn.

Diese Themen zu 6) stellen eine Auswahl dar. Je nach Gegebenheiten kann es wichtig sein, ein Vergütungsmodell für Belegärzte zu entwickeln und umzusetzen (in Belegarztspitälern von hoher Bedeutung), oder Indikatoren für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Hause zu definieren.

7. Test

Auf der höchsten Ebene ist zu prüfen, ob die Ideen, Ziele und messbaren Ergebnisse (SOLL-/IST-Vergleich) übereinstimmen. Herausforderungen hierbei sind insbesondere Gesetze, Verordnungen und Regeln, die noch zu abstrakt sind, um im Produktivbetrieb getestet werden zu können (bspw. fehlende Definition zu den stigmatisierenden Diagnosen/Prozeduren; diese sollen jedoch aus Datenschutzgründen nur an den Vertrauensarzt und nicht an die Versicherer gesendet werden).

Während der Budgetsimulation kann sich ferner herausstellen, dass anhand der SwissDRG 1.0 Abrechnungsversion in bestimmten Bereichen Erlöseinbussen ausgeglichen werden müssen - da durch die Gesetzgeber keine Konvergenzphase mit finanziellen Ausgleichsmechanismen, wie u.a. auch durch die FMH gefordert, beabsichtigt ist. (vgl.: MEYER, INGENPASS: SwissDRG Version 1.0, eine Einschätzung der FMH, Schweizerische Ärztezeitung 2011;92: 20; Seite 733-734)

Fazit:

Das Projekt dreieck ist chronologisch aufgebaut. Die obere Führungsebene des Spitals stellt die wesentlichen Weichen für ein solides Fundament und eine erfolgreiche Implementierung SwissDRG 2012. Gleichzeitig müssen die relevanten Details (wie in den Ebenen 1 bis 7 dargelegt) im Auge behalten werden. Gelingt dies, sind die Bedingungen der jeweils folgenden Ebene erfüllt. Der Fakturierungsprozess kann ab 2012 produktiv eingesetzt und auf dem aktuellsten Stand gehalten werden.

Weiterführende Literatur:

- MALK 2006 «DRG-Handbuch-Schweiz».
- MALK 2010 «Medizincontrolling-Schweiz»
- MEYER, INGENPASS 2011: SwissDRG Version 1.0, eine Einschätzung der FMH, Schweizerische Ärztezeitung;92: 20; Seite 733-734
- SULLIVAN 1896 «The tall office building artistically considered», Lippincott's Magazine, März 1896

Zu 6c: Aufbau eines Rückweisungsmanagements

Im Zuge der neuen Transparenz und Vergütungsrelevanz ist mehr und mehr mit Nachfragen von Versicherern bzgl. Rechnungen, Rechnungsdetails und insbesondere zu medizinischen Merkmalen wie Indikationen, Komorbiditäten und Behandlungen ab 2012 zu rechnen. Die Versicherer bauen ent-

Die beiden Grundlagenwerke zum Thema DRG und Medizincontrolling vom erfahrenen Autorenteam



MALK 2006:
«DRG-Handbuch-Schweiz»
Inhaltlicher Leitfaden für die Einführung und Umsetzung von DRG in der Schweiz mit Auswirkungen und Erfahrungsberichten. Die Grundlage unseres Wissens für die Spitäler.



MALK 2010:
«Medizincontrolling-Schweiz»
Dieses grundlegende und anwendungsbezogene Handbuch bietet umfassendes Wissen zum Medizincontrolling und ist seit März 2010 im Buchhandel erhältlich.

SONDERDRUCK IMPLEMENTIERUNG VON SWISSDRG IM GESUNDHEITSWESEN SCHWEIZ

- WIE KONKRET UMSETZEN?**
- KLARE AUFTRÄGE FORMULIEREN**
- PROJEKTMANAGEMENT BESTIMMEN**
- KONZEPTGLIEDERUNG ERSTELLEN**
- THEORIE UND PRAXIS ZUSAMMENFÜHREN**

Implementierung von SwissDRG im Gesundheitswesen Schweiz

Wenige Wochen vor Einführung des neuen Tarifs für akutstationäre Leistungen SwissDRG laufen die Vorbereitungen auf Seiten der Gesundheitspolitik, der Spitäler und der Kostenträger auf Hochtouren. In einigen Spitälern sind die Anpassungen an die neuen Rahmenbedingungen aus aufbau- und ablauforganisatorischer Sicht noch nicht vollständig umgesetzt.

«Eile mit Weile»: Das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) wird dem Bundesrat in den nächsten Tagen einen Verordnungsentwurf vorlegen. Darin werden die letzten Weichenstellungen zwischen den SwissDRG-Tarifpartnern H+ und Santésuisse vorgenommen. Dieser politische Entscheid wird notwendig, nachdem Bundesrat Didier Burkhalter und die GDK im August 2011 das Scheitern der Ergänzungsvereinbarung zwischen den Tarifpartnern zur Kenntnis genommen haben. Die Verordnung soll am 1. November in Kraft treten, damit die Fakturierung über SwissDRG 1.0 ab 2012 planmässig vorgenommen werden kann. Die Spitäler in der Schweiz passen hierfür – genau wie in den vergangenen Jahren die Spitäler aus umliegenden Ländern in Europa – ihre Aufbau- und Ablauforganisation den neuen Rahmenbedingungen an.

- Welche Schritte sind zur Umsetzung der Einführung SwissDRG in den Schweizer Spitälern erforderlich?
- Welche Prioritäten werden am sinnvollsten gesetzt?
- Wie gelingt es, die Mitarbeitenden im Prozess zielorientiert zu beteiligen?

Diese und weitere Fragestellungen sind bei der Umsetzung SwissDRG 1.0 im laufenden Betrieb zu beantworten.

Ausgehend von den Erfahrungen der Implementierung dieser Prozesse der Autoren in der Schweiz (Kantone AG, SH, ZH, BS), im Fürstentum Liechtenstein und Deutschland können 7 Ebenen identifiziert werden, die für eine speditive und nachhaltige Implementierung grundlegend sind:

1. Auftrag der Geschäftsleitung: Ziele in Abstimmung mit dem Unternehmensleitbild

Auf dieser Ebene müssen die Grundvoraussetzungen geregelt werden:

- ? Sind die Auswirkungen der nun übergreifenden Transparenz bekannt?
- ? Ist das Leistungsspektrum der Leistungserbringer und somit des Spitals im Tarif abgebildet, insbesondere bei Spitälern mit geriatrischem und (akut)-rehabilitativem Schwerpunkt?
- ? Stehen der neuen Vergütungsstruktur unternehmerische Ziele entgegen?

Dabei ist es notwendig, dass sich die Geschäftsleitung der Auswirkungen des Paradigmenwechsels in der Generierung des grössten Budgetanteiles für stationäre Erlöse bewusst wird. Die bisherige «Strukturfinanzierung» wird abgelöst durch eine «Leistungsfinanzierung». Durch den Auftrag der Geschäftsleitung zur Implementierung des Tarifes SwissDRG und die Zusammenstellung einer Projektgruppe aus projekterfahrenen Mitarbeitenden wird die Priorität und Tragweite des Projektes klar positioniert.

2. Aufbau Projektmanagement: Organigramm & Kommunikationsstruktur

Auf der zweiten Ebene geht es um das Zulassen und Leben eines transparenten Projektmanagements. Insbesondere in Spitälern der Grundversorgung muss hier ggf. auf externe Unterstützung zurückgegriffen werden.

Geeignete Projektleiter und Teilprojektleiter müssen definiert, Aufgaben und Kompetenzen delegiert sowie die Kontinuität sichergestellt werden. In vielen Spitälern gibt es derzeit kein Projekt, welches im Kern die SwissDRG-Einführung benennt oder die Begleitung der Einführung im Ganzen sicherstellt. Vielerorts werden Teilprojekte definiert, welche die «BfS-Kodierung» sicherstellen oder die Patientenadministration auf den neuen Tarif vorbereiten sollen. Oftmals steht allein ein IT-Projekt «KIS» bzw. «EPA» im Fokus von SwissDRG.

Folgende Massnahmen müssen auf dieser Ebene geregelt werden:

- ✓ Kontinuierliche Beteiligung aller erforderlichen Mitarbeitenden und Sicherstellung der Kommunikation.
- ✓ Erwartungen sind bekannt und Besprechungen werden zielorientiert geplant, durchgeführt und evaluiert.
- ✓ Ressourcen für konzeptionelle Arbeiten im Projekt sind ausreichend vorhanden.

Wenn im Fusse des Projektdreieckes MMC für SwissDRG auf Ebene 1) kein klarer Auftrag gegeben wurde, findet das direkt hier seinen ersten negativen Ausdruck (bspw. Unsicherheit bei den Mitarbeitenden, personelle Kontinuität ist gefährdet).

3. Teilprojekte und Meilensteine: Definition anhand der Zielplanung

In diesem Projektschritt wird nach folgendem Vorgehen detaillierter strukturiert und operationalisiert:

- ? Was wird in unserem Spital zu welchem Zeitpunkt benötigt?
- ? Die definierten Teilprojekte sind eng an die Aufbau- und Ablauforganisation im Spital gebunden. Existiert ein Bereich in welchem klinische Prozesse beschrieben und evaluiert werden?
- ? Wie erfolgen die Fakturierungs-Abläufe und die Kommunikation mit den Kostenträgern bisher und zukünftig?
- ? Wie verändern sich die bisherigen Prozesse?
- ? Laufen bspw. Anfragen von Kassen/Vertrauensärzten über die Patientenadministration oder wurden andere Strukturen geschaffen?

Die Teilprojekte und Meilensteine müssen zwingend vom Projektteam definiert werden. Eine Übernahme von Teilprojekten oder Zielen aus einem anderen Projekt oder einem anderen Spital führt spätestens in den Teilprojekt-Sitzungen zu Irritationen oder gar Ablehnung bei den Mitarbeitenden. Je nach Grösse des Hauses, Komplexität der Teilprojekte und Erfahrung mit DRG-Systemen empfehlen wir die Berücksichtigung von genügend Vorlaufzeit (ca. 10 bis 18 Monate) für die Implementierung. Der wichtigste Meilenstein sollte die Rechnung eines grundversicherten, kantonalen Patienten ohne Urlaubstage, ohne Wiederaufnahme sowie ohne Garantenwechsel bzw. mit niedriger Komplexität sein.

4. Aufgabe des Projektteams: Erstellung und Vergabe von Arbeitspaketen

Auf dieser Ebene wird folgendes sichergestellt:

- ✓ Übereinstimmung der Zielrichtung, des Workloads und der zur Verfügung gestellten Ressourcen.
- ✓ Bei Erhöhung der Komplexität (z.B. durch individuelle Programmierung des KIS/EPA/Fakturierungssystems) muss ggf. auf externe Ressourcen zugegriffen werden (können).
- ? Sind die betrieblich-technischen und fachlich-inhaltlichen Anforderungen verständlich formuliert? Für technische Umsetzungen stehen Test-Settings zur Verfügung bzw. werden erarbeitet?

5. Konzepte: Gliederung & Erstellung

Die strukturierte Dokumentation und Ergebnissicherung aller Beteiligten findet auf dieser Ebene statt. Folgende Fragestellung sollten geklärt werden:

- ? Wie können die relevanten Themen und Punkte bzgl. Ausgangslage je Teilprojekt, IST- und SOLL-Szenarien, Gliederung empfängerorientiert an alle Beteiligten vermittelt werden?

Weitere Herausforderungen in diesem Zusammenhang lauten:

- ✓ Strukturierte Arbeitsweise, ausgewogene Mischung aus Theorie- und Praxisbezug, kontinuierliche Aktualisierung im Team.



Abbildung 2: Konzepte umsetzen – Themenauswahl (© MMC AG 2011)

6. Umsetzung

Die erarbeiteten Konzepte werden im Anschluss an die Planung umgesetzt. Während der Umsetzungsphase können folgende Szenarien entstehen: Widerstände von den Beteiligten sowie unzureichende Vorab- und Aufklärung der Erwartungen. Überlastungen können schnell eintreten, wenn Tätigkeiten erst nachträglich erkannt und unter Zeitdruck bewältigt werden müssen.

Eine klare wertschätzende Kommunikation der Ziele je Aufgabe/Tätigkeit ist während der Umsetzungsphase wichtig. Es empfiehlt sich bspw. die Mitarbeitenden mittels Zielvereinbarungen zu führen. Aktuelle Themen in dieser Phase sind in Abbildung 2 «Konzepte umsetzen – Themenauswahl» zusammengefasst:

Zu 6a: Medizincontrolling und med. Kodierung

Die Aufbauorganisation Medizincontrolling und med. Kodierung empfehlen wir den Gegebenheiten des eigenen Spitals entsprechend als Stabstelle der Geschäftsführung, bzw. als eigenständige Abteilung, z.B. dem Departement Finanzen, mit Stellenbeschreibungen und somit klar geregelter Kompetenzen und Verantwortungen (vgl. MALK 2006 «DRG Handbuch Schweiz» und MALK 2010 «Medizincontrolling-Schweiz») anzuordnen.

Zu 6b: Ablauforganisation von der Dokumentation bis e-Fakturierung

Aufgrund der hohen Komplexität der Prozesse empfehlen wir zunächst in moderierten Workshops gemeinsam mit den Beteiligten die Ziele aus den unterschiedlichen Perspektiven abzustimmen. Im folgenden Schritt können die Prozesse u.a. visuell und tabellarisch dargestellt werden.

Zu den Prozessschritten gehören:



Die Anforderungen aus dem Dokument «Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG» müssen im Detail und in eindeutiger Sprache an die IT-Infrastruktur-Verantwortlichen übergeben werden. Bis zum heutigen Zeitpunkt (Stand: Okt. 2011) wurden wesentliche Bestimmungen zur Rechnungsstellung vom Gesetzgeber noch nicht definiert.

Im bisherigen Tarifvertrag ist bspw. die vertrauliche Übermittlung von besonders schützenswerten Diagnosen und Prozeduren gefordert (vgl. hierzu das Bundesverwaltungsgerichtsurteil C-6570/2007). Zur Datenübermittlung und zum Datenschutz besteht jedoch bislang keine schweizweit einheitliche Regelung. Der vorgesehene Prozess der Datenübermittlung ist laut Experten nicht sinnvoll und nicht praktikabel (vgl. hierzu die Anhörungsantwort von H+ an Bundesrat Didier Burkhalter vom 27. Sep. 2011 über den Entwurf zur Teilrevision der Verordnung über die Krankenversicherung KVV). Der Regierungsrat des Kantons Bern befürwortet, dass die Vertragspartner eine Liste mit sog. stigmatisierenden Diagnosen und Prozeduren erstellen und überlässt den Spitälern diese Aufgabe. Hierbei besteht erheblicher Ermessensspielraum, da in den Spitälern nur wenig Erfahrung in der XML 4.3-Übermittlung anhand des MCD (Minimal Clinical Datasets)-Formulars besteht.

Es ist davon auszugehen (anders als durch das KVG intendiert (gesamtschweizerische Lösung)), dass im schlechtesten Fall jedes Akutspital eine eigene Vorgehensweise/Liste definiert und erstellt. Wir empfehlen für die separate Versendung bei stigmatisierenden Diagnosen mindestens folgende ICDs zu berücksichtigen: A50-64; B21-24; F00-99; N96; O00-08; O20; O98; R45; R75; Q50-56; U60-61; U85; X60-Y09; Z20-39; Z55-76. Eine differenzierte ICD- und CHOP-Liste kann bei den Autoren per e-Mail angefordert werden.

Abbildung 1: Projektdreieck MMC für SwissDRG in 7 Ebenen (© MMC AG 2011)