



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

Auswirkungen der Codierung auf die Kostenträgerrechnung und Fakturierung

Referenten:

Dr. med. Alfred Bollinger

Leiter medizinische Statistik, Universitätsspital Zürich
Vorstandsmitglied der Schweizerischen Gesellschaft für
Medizincontrolling

Rolf Malk

Geschäftsführer der MALK MEDIZIN CONTROLLING AG
Geschäftsführer der Schweizerischen Gesellschaft für
Medizincontrolling



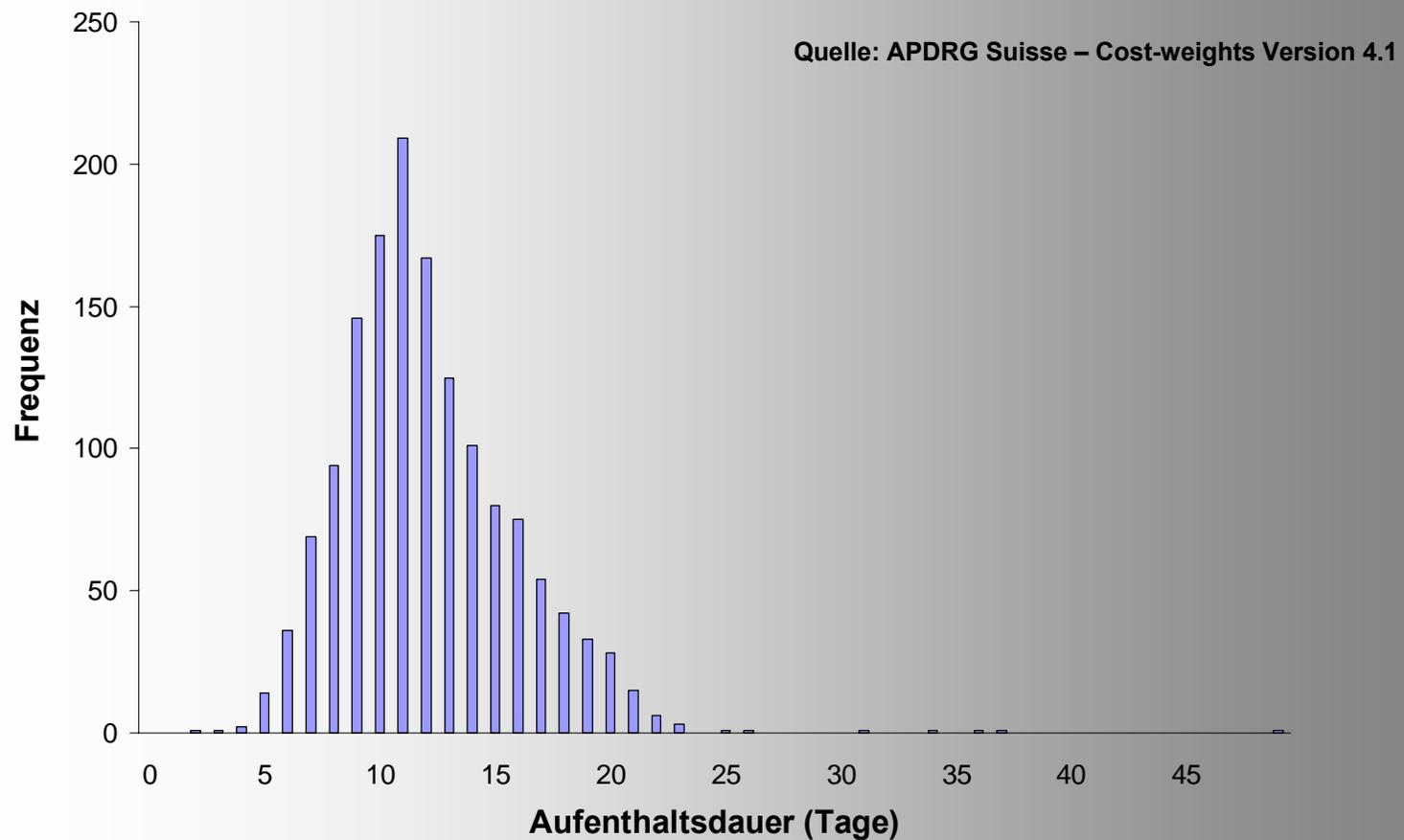
Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

Auswirkungen der Codierung auf die Fakturierung

- Kosten und Erträge
- Kostengutsprache
- Rechnungsstellung
- Auswirkungen der Codierung auf die Kostenträgerrechnung
- Ertragsrelevante Nebendiagnosen
- Aufwanderhöhende Nebendiagnosen ohne Mehrerträge
- Mögliche Lösungsansätze

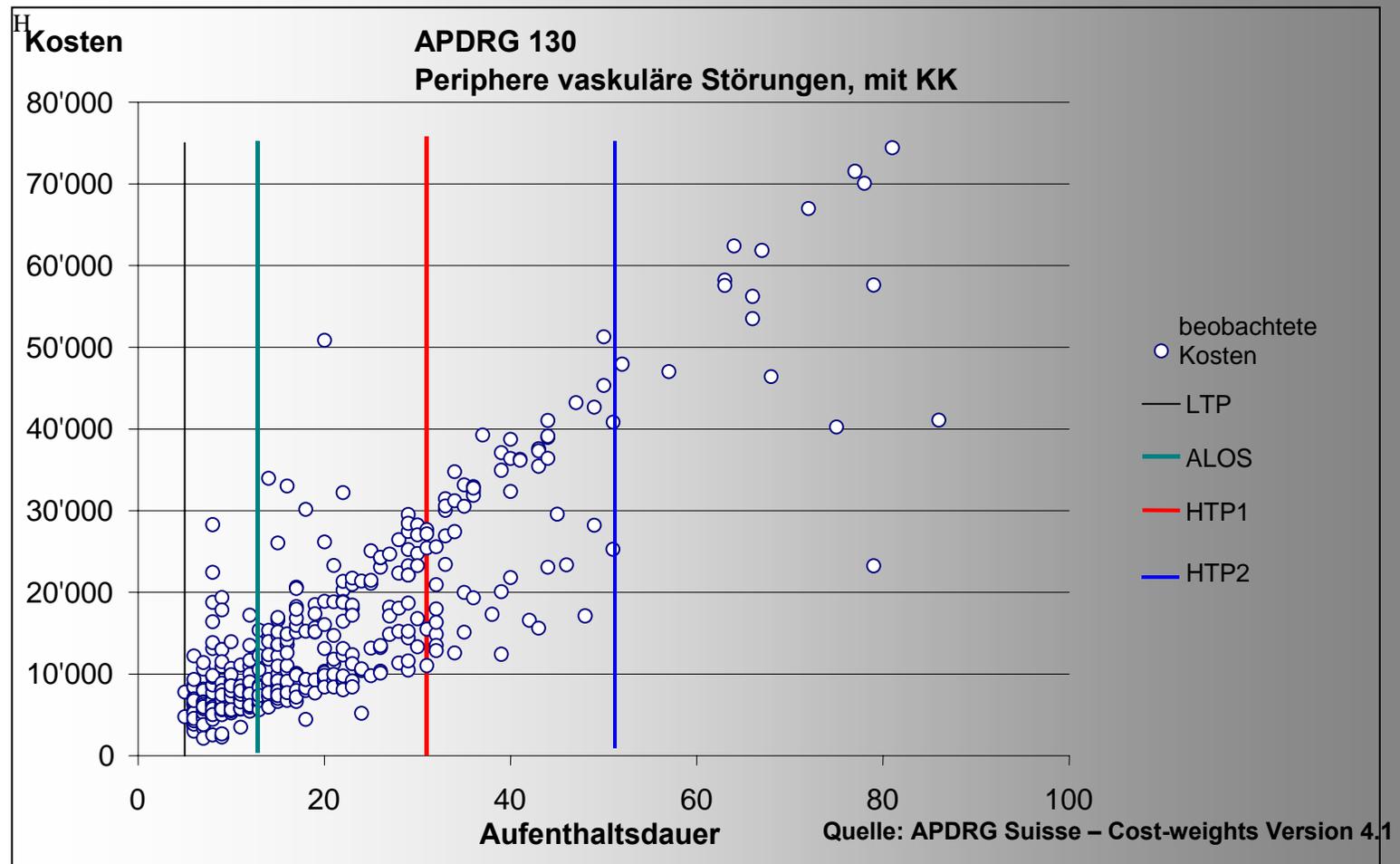


Verteilung der Aufenthaltsdauer einer DRG



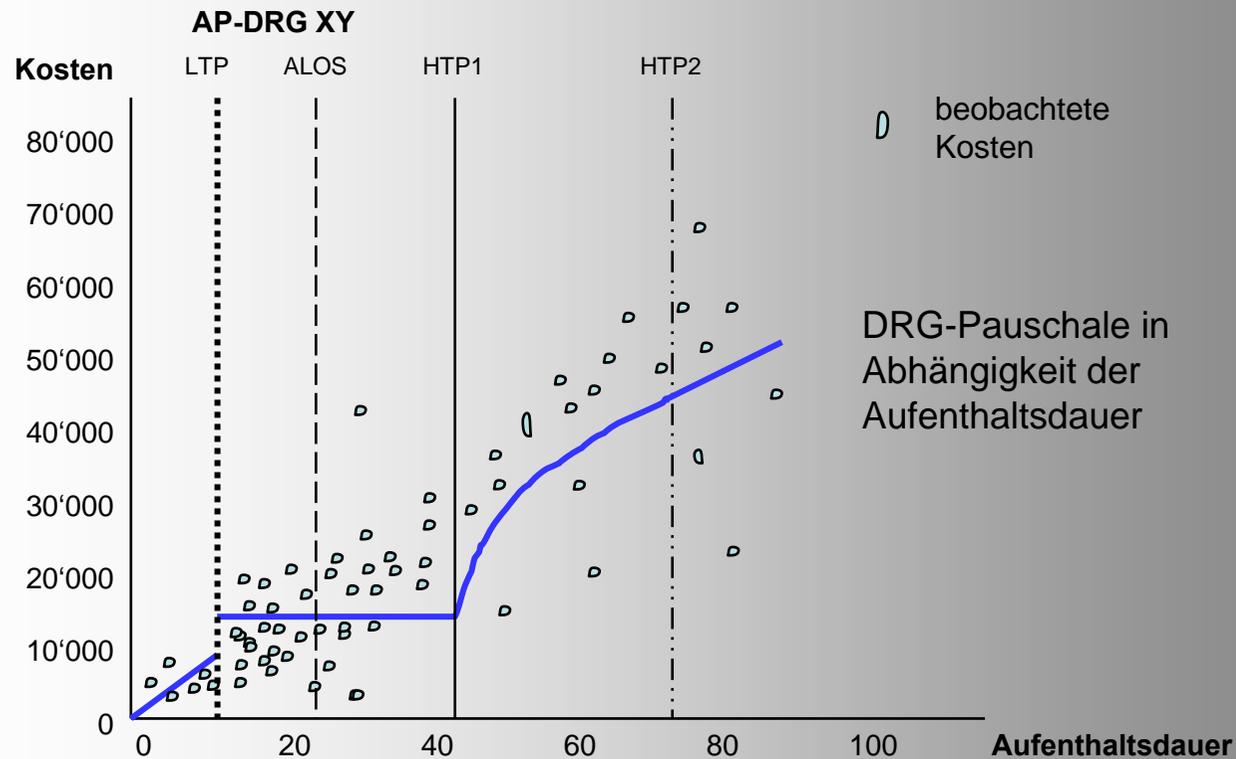


Kostenverteilung innerhalb einer DRG





Vergütung nach APDRG



Quelle: APDRG Suisse – Cost-weights Version 4.1



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

Kosten eines stationären Aufenthalts in der Schweiz (I)

- Normpreis AP DRG 2004, gesamtschweizerisch
CHF 7'000.- (ermittelt von AP DRG CH)
- Aufenthaltsdauer 2004, gesamtschweizerisch
8.5 Tage (ermittelt von BfS CH)
- Somit ergeben sich durchschnittliche Kosten pro Tag
gesamtschweizerisch von
CHF 825.- pro Fall



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

Kosten eines stationären Aufenthalts in der Schweiz (II)

- Durchschnittliche Kosten pro stationärem Behandlungstag: **CHF 825.-**
- Angenommene Aufenthaltsdauer einer Knie-Arthroskopie gemäss DRG 232: **2 - 8 Tage**
- Somit ergeben sich Kosten von:
CHF 1'650.- (2 Tage) bis 6'600.- (8 Tage)



Kostengutsprache

Liquiditätsgarantie aufgrund folgender Angaben:

1. Eintrittsgrund Diagnose mit „Tessiner Code“
2. Plankosten für den Spitalaufenthalt
3. Dauer der Gültigkeit der Kostengutsprache
4. Geplantes Austrittsdatum

Die angedeutete Diagnose auf der Kostengutsprache stimmt nicht in jedem Fall mit der fakturierten DRG überein.



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

„Hohe Spitalrechnung“
Vs.
„Niedrige Aufenthaltsdauer“

**Der Versicherer lässt Rechnungen zurückgehen,
welche ihm im Zuge der Aufenthaltsdauer nicht
realistisch erscheinen:**

1. Aufenthaltsdauer-induzierte Codierung?
2. Vergleich von „alter“ und „neuer“ Rechnung?
3. Restriktive oder legere Handhabung von Codierregeln?
4. Transparenz oder Stillschweigen?

Ist die fakturierte DRG mit den tatsächlichen Kosten ins
Verhältnis zu setzen – und spielt die Aufenthaltsdauer
des Einzelfalles eine Rolle?



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

**„Zu niedrige Spitalrechnung“
Vs.
„Kostenträgerrechnung“**

Eine zu niedrig gestellte Rechnung aufgrund der generierten DRG hat Einfluss auf die Kostenträgerrechnung und auf Budgetzahlen:

1. Verlust bei einzelnen DRGs?
2. Aufcodierung oder Falldetaillierung (Reha/Fallabschluss)?
3. Behandlung an Aufenthaltsdauer orientieren?
4. Interner Erklärungsbedarf/Spitalstrategie?

Ist die fakturierte DRG mit den tatsächlichen Kosten ins Verhältnis zu setzen – und spielt die Aufenthaltsdauer des Einzelfalles eine Rolle?



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

Auswirkungen der Codierung auf die Kostenträgerrechnung

Codierung APDRG	=	Ertragswirksamkeit via DRG
Kostenträgerrechnung	=	Kostenwirksamkeit via DRG als Kostenträger
Kostenwirksamkeit	≡	Ertragswirksamkeit



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

Auswirkungen der Codierung auf die Kostenträgerrechnung

**Dies bedeutet in Bezug auf die Codierung in
DRG-Systemen:**

„Unfair generierte Erträge“ und „Nichtgenerierte Kosten“

Vs.

„Zu niedrige Erträge“ und „Nichtabgegoltene Kosten“



Nebendiagnosen ohne Mehraufwand

- 45 jähriger Patient mit Gallenblasenstein zur lap. Cholezystektomie. Bekannt sind ein Nikotinabusus. Im Labor wird einmalig eine Hyperkaliämie festgestellt. Hospitalisation 4 Tage.

- **Kodierung:**

HD	ND1	ND2	HB
K80.2	E87.5	F17.2	51.23

- **Gruppierung:**

DRG 493 „Lap. Cholezystektomie ..., mit KK“
CW 1.2560 → CHF 8'792.-

Ohne Nebendiagnosen resultierte:
DRG 494 „Lap. Cholezystektomie...ohne KK“
CW 0.7440 → CHF 5'280.-



Nebendiagnosen ohne Mehraufwand

- Notfallmässige Einweisung eines 48-jährigen Skifahrers mit per-trochantärer Femurfraktur, welche mit einer DHS versorgt wurde. Bekannt ist eine nicht-symptomatische Trikuspidalklappenstenose. Komplikationsloser Verlauf. Entlassung nach Hause nach 9 Tagen.

- **Kodierung:**

HD	ND	HB
S72.1	I36.0	79.15

- **Gruppierung:**

DRG 210 „Eingriffe an Hüfte und Femur..., Alter > 17, mit KK“
CW 1.6000 → CHF 11'200.-

Ohne Nebendiagnosen resultierte:

DRG 211 „Eingriffe an Hüfte und Femur..., Alter > 17, ohne KK“
CW 1.4670 → CHF 10'269.-



Nebendiagnosen ohne Mehraufwand

Weitere Nebendiagnosen, welche in eine DRG mit KK klassieren können, sind z.B.:

- Nichtinsulinpflichtiger Diabetes mellitus mit Organmanifestation, gut eingestellt: **E11.3-8**
- AV-Block II: **I44.1**
- Vorbestehende leichte Herzinsuffizienz, medikamentös gut eingestellt: **I50.9**



Zu niedriger Ertrag - nicht abgegoltene Kosten

- Notfallmässige Einweisung einer 75 jährigen, alleinstehenden Patientin wegen verkeilter Schenkelhals-Abduktionsfraktur. Daneben besteht ein florides Ulkus und eine spastische Hemiplegie. Mobilisation nach Massgabe der Beschwerden, durch Physio und Pflegepersonal, tgl. 2 x Ulcuspflege. Organisation eines Pflegebettes, Hospitalisation 18 Tage.

- **Kodierung:**

HD	ND	ND
S72.0	L97	G81.1

- **Gruppierung:**

DRG 236 „Hüft- und Beckenfraktur“

LOS = 10.1 Tage, LTP = 4 Tage, HTP1 = 22 Tage

CW 0.8850 → CHF 6'195.-



Zu niedriger Ertrag - nicht abgegoltene Kosten

- Notfallmässige Einweisung eines 76 jährigen Patienten wegen akutem Myokardinfarkt. Der Patient hat einen Parkinson und wird zuhause von seiner gleichaltrigen Gattin betreut. Initial Aufenthalt auf der IPS. Während der Hospitalisation tritt ein Harnwegsinfekt auf, Antibiose, Zystofix. Hospitalisation 16 Tage mit Verlegung in eine Rehabilitationsklinik.

- **Kodierung:**

HD	ND	ND
I210	G20	N39.0

- **Gruppierung:**

DRG 122 „Kreislaufstörung mit akutem Myokardinfarkt..., ohne Todesfolge“

CW 1.2170 → CHF 8'519.-



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

Kostenerzeugende Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die DRG-Gruppierung

Es gibt eine bedeutende Anzahl von Nebendiagnosen, welche einen höheren Pflegeaufwand bewirken und zu einer längeren Hospitalisation führen können, ohne dass sie in eine APDRG mit KK klassieren, z.B.:

- Stuhlinkontinenz: R15
- Rollstuhlabhängigkeit: Z99.3
- Beidseitige Blindheit: H54.0
- Alkoholabusus: F10.2



Zusammenfassung

Einflüsse der Inkongruenz von Kosten und Erträge:

1. **Codierung unrelevanter Nebendiagnosen**
2. **Grouper**

- Codierung von ND → CC ohne generierten Mehraufwand
- Codierung von ND → ohne CC trotz erheblichen Mehraufwand



Mögliche Lösungsansätze

Kurzfristig:

- Nur relevante, aktuelle, Kosten- und pflegewirksame Neben-diagnosen codieren
- Reibungsfläche mit BfS-Statistik neutralisieren
→ Flag setzen
- Manuell gruppieren, auch wenn keine Müll-DRG resultieren

Langfristig:

- Helvetisierung, Splitten von Gruppen mit der Absicht der homogenisierten Detaillierung



Schweizerische Gesellschaft für Medizincontrolling

„Unfair generierte Erträge“ und „Nichtgenerierte Kosten“
Vs.
„Zu niedrige Erträge“ und „Nichtabgegoltene Kosten“

Folgen auf den Einzelfall:

- Unrealistische Normpreise schweizweit (anhand Beispiele)
- Deutlich geringere Abgeltung des Einzelfalles, je länger eine Diagnose-bezogene Fallpauschalisierung angewendet wird
- Codierung nichtrelevanter Nebendiagnosen für diesen Spitalaufenthalt
- Nicht vergleichbare Codierung und Kosten/Erträge
- Nicht aussagekräftige Kostenträgerrechnung
- Unbrauchbare Casemix bereinigte Fallkosten
- Unrealistische Ressourcenallokation



Mögliche Angleichung der Formulierung der Nebendiagnosen

Eine Nebendiagnose ist eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Sie wird als Nebendiagnose kodiert, wenn folgende Faktoren erfüllt sind:

- aufwändige klinische Sonderuntersuchung
oder
- aufwändige therapeutische Sonderbehandlung
oder
- Die Diagnose erfordert aufwändige diagnostische Sonderprozeduren
oder
- Die Diagnose verlängert nachweislich den stationären Aufenthalt
(in Bezug auf die durchschnittliche Liegedauer (ALOS) der DRG

und

bedingt einen erheblich erhöhten Betreuungs-, Pflege-, Überwachungs- und/oder medizinischen Aufwand.



„Welche Pille ist die Richtige?“

