

Rückweisungsmanagement Schweiz 2012:

Wie reagieren Spitäler auf zurückgewiesene Fakturen?

Neues Fachwissen wird in den Finanzabteilungen der Schweizer Spitäler gefragt. Die Antworten auf die Rückweisungsschreiben an die Versicherungen setzen mehr und mehr Wissen in der medizinischen Kodierung und dem SwissDRG System voraus.

Mit der KVV Revision in Art. 59a Abs. 6 und 7 werden für den Datenaustausch zertifizierte Datenannahmestellen gefordert. Während der Übergangsfrist bis 31.12.2013 können medizinische Angaben systematisch einzig an den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin übermittelt werden.

Genau nach dieser Übermittlung entsteht auf Seiten der Spitäler die meiste zusätzliche Arbeit für welche zwingend neue Prozesse implementiert sein müssen (vgl. hierzu unsere Veröffentlichung «Implementierung von SwissDRG im Gesundheitswesen Schweiz» von Malk, Gerhard in «clinicum» 5/2011).

Das Rückweisungsmanagement definieren die Autoren als die Stelle im Spital, welche als zentrale Koordinations- und Kompetenzstelle den Umgang mit zurückgewiesenen Rechnungen

verantwortet. Je nach Qualifikation und Tätigkeitsspektrum der Mitarbeitenden ist dieses im Bereich Medizincontrolling und Kodierung angesiedelt. Der Versand der medizinischen und administrativen Fallinformationen in Form des Medical Clinical Dataset (MCD) hingegen kann durchaus in der Patientenadministration organisiert sein. Der Versand von medizinischen Unterlagen kann ggf. auch anderweitig delegiert werden.

Wichtig ist primär die Implementierung einer zentralen verantwortlichen Stelle. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Kommunikation vom Spital zu den Versicherern koordiniert erfolgt (s. Abbildung 1).

Anfragegründe können sein (abgeleitet aus dem KVG insbes. Art. 32 und Art. 56 ff):

- 1) Prüfung der Leistungspflicht

- 2) Rechnungsprüfung – konkret:
 - a. Kodierung korrekt?
 - b. SwissDRG und effektives Kostengewicht korrekt?
 - c. Behandlungssektor und Aufenthaltsdauer korrekt?

Zu 2a. und b. werden von den Kassen bestimmte Muster an Fällen z.T. auch automatisiert für Anfragen selektiert:

- Rehospitalisation innert 18 Tagen in das gleiche Spital
- Inlier die deutlich unter der mittleren Verweildauer liegen
- Fallketten die kurz nach Austritt in anderen Spitälern stationär behandelt werden
- SwissDRG mit dem Schweregrad A, B oder ggf. C
- SwissDRG und Text für die Versicherer nicht «schlüssig» zum Fall
- für bestimmte Spitäler alle effektiven Kostengewichte höher als 3
- MDC 23 «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens» hierunter sind auch abrechenbare FehlerDRGs und sonstige DRGs enthalten.

Punkt 2c ist aktuell noch nicht so weit verbreitet, gewinnt jedoch zunehmend an Bedeutung. Hier wird unterschieden zwischen primärer Fehlbelegung (war die stationäre Behandlung erforderlich?) und sekundärer Fehlbelegung: Ist die Behandlungsdauer adäquat – oder zu lange (s. Abbildung 2)?

Während die Versicherer im unteren Bereich der Verweildauer auf primäre Fehlbelegung und gegebenenfalls mögliche Abschlagstage prüfen, wird bei Langliegern die sekundäre Fehlbelegung geprüft (war die komplette Behandlungsdauer zweckmässig und wirksam, vgl. Art. 32 KVG).

Abbildung 1: Zentrale Implementierung Rückweisungsmanagement

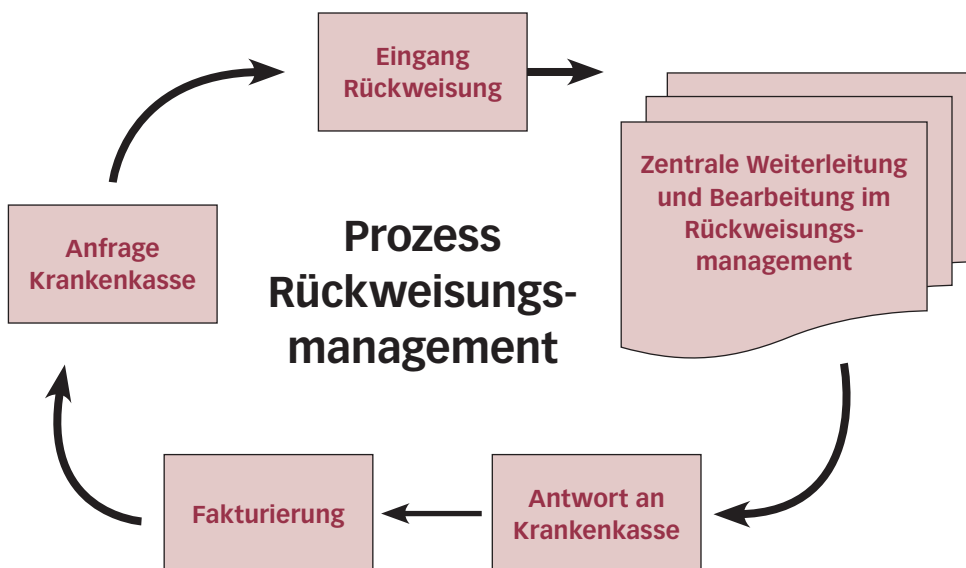
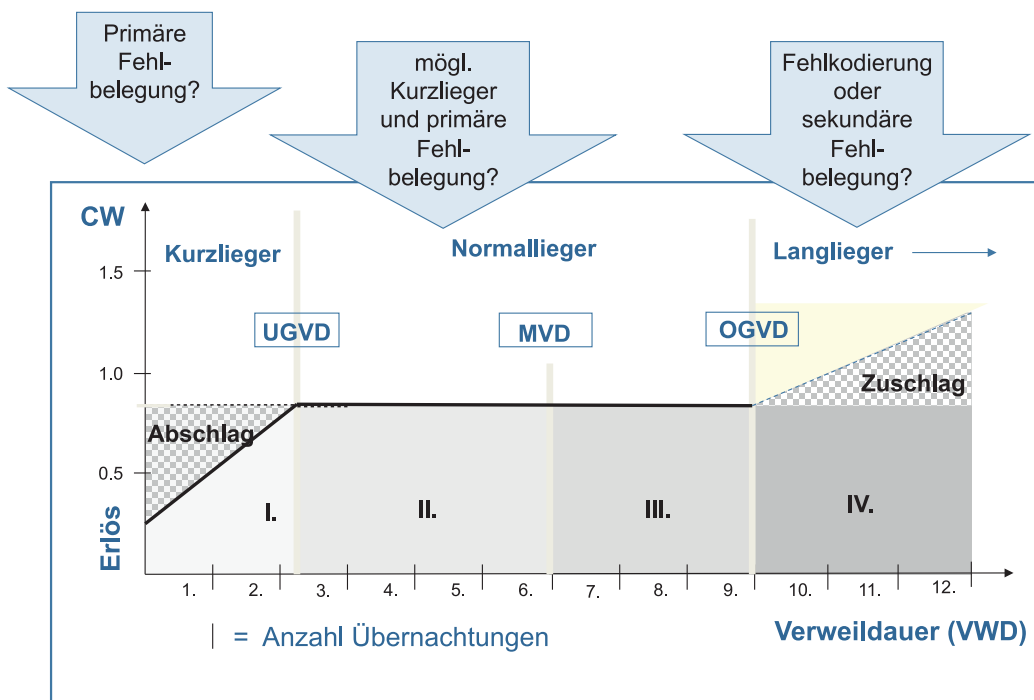


Abbildung 2: Mögliche Prüfmuster Versicherung
(vgl. MALK 2010: Medizincontrolling Schweiz, S. 171)



Unterschiedliche Beurteilungsunterlagen

Im Ergebnis der Rechnungsprüfung zwischen dem vertrauensärztlichen Dienst und den Spitälern kommen z.T. auch Differenzen durch sehr unterschiedliche Beurteilungsunterlagen zustande.

Hier ist es bspw. wichtig, beim Versand der medizinischen Unterlagen auf deren Vollständigkeit zu achten. Eine SwissDRG mit Komplexbehandlung, Intensivaufenthalt und/oder pflege-relevanten ICDs oder CHOP-Kodes kann ggf. nur mit ergänzenden Unterlagen begutachtet werden. Ein Austritts- oder OP-Bericht genügt oft nicht, um eine neurologische Komplexbehandlung, Beatmungstunden oder einen Dekubitus Grad 1 zu begründen.

Dies hat zur Folge, dass ein bestehendes Rückweisungsmanagement durch neue Prozessschritte ergänzt werden muss. Je früher im Prozess der Bearbeitung die Kodier- Expertise eingebunden wird, desto zielgerichteter können die Unterlagen zusammengestellt und die Anfragen beantwortet werden.

Entwicklung der Anfragen

Die Entwicklung der Anfragen durch die Versicherer hat im ersten Quartal 2012 eher zögerlich begonnen. Im zweiten Quartal lag die Prüfquote

in den uns bekannten Spitälern zwischen 1% und 5% aller Fälle. Nach den Sommerferien hat sich die Anfragenquote z.T. auf 12% erhöht.

Die Entwicklung der Anfragequote und die Gründe für die Anfragen lassen erahnen, dass auf Seiten der Kostenträger ein Aufbau von qualifiziertem Personal stattgefunden hat und noch stattfindet. Zum einen wurden Investitionen getätigt, um systematische Rechnungsprüfungen anhand von elektronisch übermittelten Daten einzuführen, zum anderen wurden die Personalstellen des vertrauensärztlichen Dienstes um Sachbearbeiter und Kodierer ergänzt. Die konkrete Qualifikation (z. B. «medizinischer Kodierer mit eidg. Fachausweis») ist den Anfrageschreibern jedoch nicht zu entnehmen.

Die Funktionen der Unterzeichner unterscheiden sich sogar bei mehrmaligem Schriftwechsel zu denselben Fällen. Das Spektrum reicht von Sachbearbeiter/in über Teamleiter/in, Bereichs- oder Gruppenleiter/in bis Leistungsspezialist/in und Vertrauensarzt/ärztin.

Die Anfragequoten variieren sehr stark je nach Versorgungsauftrag und Kanton. Gründe liegen u.a. in

a. der MCD Datensatzqualität

Spitäler mit einer guten Qualität des MCD Datensatzes lenken weniger Aufmerksamkeit auf sich als andere:

- Sind doppelte Nebendiagnosen vorhanden?
- Wurden Inkl. und Exkl. Vorgaben bei der Kodierung missachtet?
- Sind medizinische Angaben unvollständig (Neugeborene)?
- Ist die Beatmungsdauer länger als die Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation?

b. der dezentralen Organisation der Vertrauensärzte je Region und Kasse

Die Prüfung der Kodierqualität wird je Region nach eigenen Qualitätsmassstäben durchgeführt. Auch die Struktur der Anforderung von Unterlagen und die Struktur der Gutachten der Vertrauensärzte variiert je nach Region und Versicherer.

c. der personellen Ausstattung und Organisation der Kassen

Der Produktivbetrieb von Rechnungsprüfungen ist auf Seiten der Kassen noch im Aufbau. Bestimmte Versicherer (z.B. die Helsana oder auch die CSS) haben manuelle Prüfschritte, mit zwei Prüfstufen (1. Kodierfachkraft und 2. med. Kodierexperte) implementiert und tragen damit der Komplexität des Themas Rechnung. Bei kleineren Versicherungen fehlt diese differenzierte Betrachtung noch vielerorts. Hier werden die Anfragen z. T. von sehr vielen, verschiedenen Sachbearbeitern an das Spital versendet.

Externe Unterstützung beim Rückweisungsmanagement?

Es kommt darauf an welche internen Ressourcen und Qualifikationen zur Verfügung gestellt werden. Wichtig ist es, strukturierte SOPs in Bezug auf die Antwortschreiben einer Rückweisung zur Verfügung zu haben (s. Abbildung 3).

Kommt es nach mehrmaligem Schriftwechsel zu keiner Einigung der betreffenden Fragestellung zwischen Spital und Kostenträger, wird zunächst eine Kodierempfehlung vom BfS eingefordert. Wichtig ist aus Perspektive des Spitals, die Auswirkungen eines begonnenen Mahnverfahrens zu kennen. Verzugszinsen können in strittigen Fällen erst ab dem Tag der ersten Mahnung geltend gemacht werden. In vielen Spitälern wurde in strittigen Fällen nie eine Mahnung versendet. Streitfälle bei der Rechnungsstellung können sich mehrere Monate oder im Extremfall über Jahre hinziehen. Die Aussicht auf Verzugszinsen, die sich je nach Verfahrenslänge schnell im drei- und vierstelligen Bereich bewegen können, wären so von Beginn an hinfällig.

Es gibt bisher in der Schweiz unter SwissDRG-Bedingungen keine fest definierten Prüfzeiträume oder Fristen bis wann ein Rechnungsbetrag

zu begleichen ist. Im Prüfverfahren gilt jedoch der Grundsatz der Verhältnismässigkeit (Art. 5 Abs. 2 BV). Nach diesem Grundsatz sollen die Massnahmen geeignet, erforderlich und unter Abwägung der sich gegenüberstehenden Interessen sein.

In Bezug auf die Dokumentation und statistische Auswertung der Anfragen und den Verlauf der Rückweisung empfehlen wir elektronische Unterstützung. Rückweisungen können sehr gut auf strukturierte Kodierfehler oder Schnittstellenproblematiken hinweisen. Einzelne Softwareunternehmen bieten dieses Modul in bestehenden Auswertungstools an.

Systematische Prüfung auf Right-Coding

Eine systematische SwissDRG-Simulation die auf potenzielle Unter- oder Überkodierung hinweist, gibt es auf dem Schweizer Markt noch nicht im Produktivsystem. Die Autoren schliessen die Entwicklungsarbeit für eine solche Analyse-Software im Dezember 2012 ab und bieten die systematische Überprüfung des PRISMA- oder

BfS-Datensatzes auf potenzielle Erlössteigerung durch korrekte Kodierung für Spitäler an.

Der Aufbau einer zentralen Stelle für Rückweisungen im Spital ist unerlässlich, will man dieses Risiko identifizieren und professionell angehen. Fragen wie das Rückweisungspotenzial der Spitalfälle oder der mögliche Streitwert von offenen Rechnungen werden hier genauso beantwortet, wie die standardisierte Bearbeitung der einzelnen Anfragen der Kostenträger und die Erstellung von Statistiken, welche ein Verbesserungspotenzial bei der Erstellung der Rechnungsgrundlagen aufzeigen.

Eine zentrale Aufgabe im Rückweisungsmanagement ist das Verfassen von Widerspruchschreiben. Die Widerspruchschreiben sollten als SOPs (Standard Operating Procedures) im Spital definiert sein.

Sollte es trotz wiederholter Widerspruchschreiben zu keiner Einigung kommen, bleibt als nächst höhere Eskalationsstufe die Übergabe an einen Fach-Juristen. Bei geplantem, juristi-

Abbildung 3: SOP Verfassen von Widerspruchschreiben

Experten-Rückweisungsmanagement des Muster Spitals <mögliche Inhalte>

2. Widerspruch zum Fall: Max Muster, *10.03.1929; Datum-Eintritt & Ausritt, Fall-ID 99999

<Anrede>

- Bezug zu vorherigen Schreiben
- Eingehen auf angefragte ICD & CHOP, diese konkret benennen
- ggf.- Begründung der Kodierung mit Verweis auf Dokumente welche als Anlage beigefügt werden
- Bezug zum Kodierhandbuch – z.B.

Wir verweisen freundlich auf die Kodierregel G52a des KHB 2012 (S. 24). „Ist mehr als ein Zustand aufgeführt, ist von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt derjenige auszuwählen, der den grössten Aufwand an medizinischen Mitteln erfordert.“ Dies ist erfolgt.

Für einen weiterführenden fachlich- medizinischen Austausch, steht unser Ärzteteam dem Vertrauensarzt der Versicherung zur Verfügung.

Wir behalten uns vor, das Mahnverfahren einzuleiten. Ab dem Tag der ersten Mahnung werden Verzugszinsen auf den gesamten Rechnungsbetrag geltend gemacht.

Die DRG bleibt L44Z mit einem eff. von CW 3.2380.

Mit freundlichen Grüssen

<Behandelnder
Oberarzt>
<Muster-Spital>
ggf. Anlagen: -

geprüft und validiert
<Interner oder ggf.
externer Kodier-Experte>

Die Autoren



Dr. med. Mareike Bächle

Ärztin & Gesundheitsökonomin bei
MALK MEDIZIN CONTROLLING AG,
baechle@medizincontrolling.ch



Andreas Gerhard

Krankenhausbetriebswirt (VWA)
Produktmanager Beratung und Prozesse bei
MALK MEDIZIN CONTROLLING AG,
gerhard@medizincontrolling.ch

schem Vorgehen ist die Vorbereitung der Unterlagen und des bisherigen Schriftverkehrs von grosser Bedeutung. Im Vorfeld kann bestimmt werden, ob sich der oft sehr lange Weg einer rechtlichen Auseinandersetzung im Einzelfall lohnt oder gar abzuwenden wäre. Wir empfehlen hier unseren Kunden dies wohlüberlegt zu tun, da hierbei nicht alle Datenschutzfragen hinreichend beantwortet sind und hiermit ein deutlich aggressives Auftreten nach Aussen deutlich wird. Die MMC AG arbeitet kooperativ mit der Kanzlei Dr. iur. Gremmelspacher Bürkli Biaggi in Basel zusammen.

Das Wichtigste beim Aufbau eines Rückweisungsmanagements ist ein guter Vertrauensaufbau zwischen Spital und der Leistungsabteilung des Versicherers. Wir empfehlen unseren Kunden den telefonischen Kontakt unter Wahrung des Datenschutzes oder das persönliche Fachgespräch z.B. zu speziellen Fragen oder Komplexbehandlungsfällen.