

Medizincontrolling und Erlössicherung SwissDRG: Systematische Prüfung der Kodier-Daten schliesst Abrechnungslücken

Effektive Regelwerksprüfung mit finanziell hohem Deckungsbeitrag

Medizincontrolling mit stringentem, rotem Faden: So kann im Kern die Analyse und Rekodierung auffälliger akutstationärer Behandlungsfälle im SVAR bezeichnet werden. Mit dieser klar begrenzten Intervention wurde innert 5 Monaten und einem Einsatz von effektiv 5 internen und 13 externen Arbeitstagen ein Mehrerlös im mittleren 6-stelligen Bereich generiert, welcher den Kliniken wieder zugeführt werden konnte.

Eine der Kern-Kompetenzen eines Medizincontrollers ist es, als Dienstleister und Bindeglied zwischen Medizin und Ökonomie zu agieren. MedizincontrollerInnen verfügen über praktisches medizinisches Verständnis, haben Erfahrungen am Arbeitsort Spital und klinisches Hintergrundwissen. So die Theorie.

Das ist auch der kleinste gemeinsame Nenner der meisten am Markt angebotenen Ausbildungen. Was der jeweilige Stelleninhaber damit macht, bleibt dann praktisch ihm selbst überlassen. Da die meisten Organisationen im Spital keine konkreten Vorgaben oder Stellenbeschreibungen für diese Funktion haben, sind die Arbeitsergebnisse im Medizincontrolling nur schwer

messbar. Insbesondere die Effektivität der eingesetzten Arbeitszeit bleibt vielerorts Gefühlsache.

In diesem Bericht soll am Beispiel der «elektronischen Regelprüfung SwissDRG» dargestellt werden, dass sich effektives Medizincontrolling finanziell messen lassen kann und einen nachhaltig positiven Effekt auf mehreren Ebenen bewirkt.

Hintergrund und Ausgangslage

Der SVAR ist der Spitalverbund im Kanton Appenzell-Ausserrhoden mit Schwerpunkt Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Psychiatrie mit

über 9000 stationären Fällen pro Jahr. Im Zuge der SwissDRG-Einführung ab 2012 haben sich die Anforderungen im Bereich des Medizincontrollings und der Medizinischen Kodierung stark verändert. Nach einem Wechsel der Leitung Medizincontrolling im Jahre 2015 war es erforderlich, die Erlösseite einer genauen Prüfung auf Validität zu unterziehen:

- Für diese Prüfung der Erlösseite (Akutsomatik) wurden die ambulanten Tarife (rund 20% der Erlöse) und SwissDRG (rund 80% der Erlöse) einer Prüfung unterzogen.
- Da es bei der korrekten Anwendung des TARMED (des seit mehr als 12 Jahren gültigen Einzelleistungstarifs) auf vollständige Einzelleistungserfassung ankommt, wurden als Hauptmassnahme die klinikinternen Leistungserbringer erneut in den Tarifdetails geschult. Ein gezieltes Controlling erweist sich als schwierig.
- Bei der korrekten Anwendung des Tarifs SwissDRG (als komplexen Pauschaltarifs) ist es nicht weniger trivial. Zum einen ändern sich jährlich die Kodiergrundlagen und Systematiken. Zum anderen sind im Prozess der Kodierung durchaus Fehlerquellen enthalten, die sich erst vollständig bei erneuter und aufwändiger Einzelfallanalyse aufdecken lassen. Dies hätte für ca. 23000 SwissDRG-Fälle eine zu hohe Personalbindung im Projekt bedeutet.
- Daher wurde in Übereinstimmung mit dem Leiter Finanzen (CFO) entschieden, eine durchdachte, auf dem Schweizer Markt erprobte und elektronisch standardisierte Prüfmethode zu finden und anzuwenden.
- Durch den Wechsel der Leitung Medizincontrolling war fundierte Erfahrung im Bereich elektronischer Regelprüfung vorhanden. Der Autor kann bereits auf umfassende Erfahrung

Die Autoren

Thorsten Veldenzer (Leiter Medizincontrolling & Kodierung, Revisor für medizinische Kodierung BfS) Spitalverbund Appenzell-Ausserrhoden



Simone Christen (stellvertretende Leiterin Medizincontrolling & Kodierung, Medizinische Kodiererin mit eidgenössischem Fachausweis) Spitalverbund Appenzell-Ausserrhoden





aus einem Klinikum der Maximalversorgung zurückgreifen. Zudem ist der Autor vor dem Hintergrund eines CAS Medizincontrolling-Abschlusses mit dem Schwerpunkt «Wie Regelwerksprüfungen zur Erlössicherung beitragen können – ein Praxisbeispiel» spezialisiert.

Auftrag und Ressourcen

Der CFO war unser Auftraggeber für das Projekt «Erlössicherung durch strukturierte regelbasierte Prüfung». Parallel zum Aufbau eines effektiven Medizincontrollings für alle drei Standorte war nun die Umsetzung einer strukturierten elektronischen Regelprüfung der Datenjahre 2013 bis 2015 gefragt.

Konkret bedeutet dies:

- Nach vorangegangenen internen Prüfungen der Datenjahre 2014 und 2015 durch den Autor und seine Stellvertretung mittels Spitalinterner Regeln wurden die Erlöse (MCDs) der Datenjahre 2013 und 2015 nochmals extern in Bezug auf Kodierauffälligkeiten überprüft.
- Die Methode soll Fälle elektronisch auffällig stellen, welche bei Kodierrevisionen eine gewisse Angriffsfläche bieten.
- Diese Fälle werden vor Ort anhand der Primärdokumentation durch erfahrene Revisoren geprüft und mit einer Kodierempfehlung an den Leiter Medizincontrolling gemeldet.

- Das Projekt sollte wenig eigenes Personal im SVAR binden und zu einer validen Rekodierung führen, wenn dies erforderlich ist.

Die Ressourcen im Haus waren auf ca. 6 Werk-tage begrenzt, da das Alltagsgeschäft mit Blick auf die Liquidität klar Vorrang hatte.

Die externen Ressourcen sollten auf gegenseitig abgestimmte definierte Vor-Ort-Prüfungen fokussiert sein. Zwischen 8–10 Tage je Datenjahr waren gewünscht, da hierbei auch Räumlichkeiten und eine gewisse Personalbindung entstehen.

Hauptzweck war die Sicherheit in der Kodierung zukünftiger komplexer Fälle:

- Da im Rückweisungsmanagement und in der operativen Kodierung immer wieder Fragen zu spezifischen Codes offen waren, sollte der Dialog mit den externen Experten auch Klarheit zu solchen Konstellationen bringen.
- Die eingesetzten Ressourcen sollten sich finanziell lohnen und messbar sein.

Ziele und Voraussetzungen

Sicherung der Erlöse

Die Sicherung der vollständigen Erlöse beinhaltet auch die Rekodierung und Neufakturierung von SwissDRG Fällen. Die retrospektive

Prüfung der auffälligen Fälle setzt ein hohes Mass an Reflexionsfähigkeit in der Abteilung voraus. Dazu gehört auch, bisherige Denkweisen und Prozesse in Frage zu stellen. Wenn ein/e MedizincontrollerIn nicht bereit ist, zu «Fehlern» in der Vergangenheit zu stehen und daraus zu lernen, ist die Methode der elektronischen Regelprüfung nicht geeignet.

Dann genügt z.B. die ordentliche Methode «Swiss-DRG-Revision» mit leicht verdaulicher geschichteter Zufallsstichprobe und Vorgabe für allfällige Änderungen. Voraussetzung hierzu ist eine positive Fehlerkultur in der eigenen Abteilung. Wir sind dankbar für jeden Fehler und jede Abrechnungslücke, die wir aufdecken. Hieraus kann das Team lernen und zukünftige Erlöse sind sicherer.

Konzeptionelle Verbesserungen der Medizinischen Dokumentation

Die Rücksprache mit den Kaderärzten zur Spezifizierung bestimmter Diagnosen, die klinisch klar als solche behandelt wurden, hat zu einem Umdenken und zu einer Verbesserung der Dokumentation geführt. Und das in nur fünf Monaten. Es ist offensichtlich:

- Wenn ein Kaderarzt zur Dokumentation «gefragt» wird, dann ist das eine «Störung».
- Wenn die Störung in der Folge zu Mehrerlösen für das Spital führt, werden Anregungen zur

Verbesserung der Dokumentation umgesetzt. Ein eindrückliches Beispiel ist die spezifische Diagnose «Akute respiratorische Partial- oder Globalinsuffizienz».

Wir fragen hier kaum noch nach – es steht klar im Bericht, um nur eines der Beispiele zu nennen. Der Grund ist: Die hierdurch generierten Erträge stellen keinen Mehrerlös im eigentlichen Sinne dar, sondern diesen Effekt löst erst eine korrekt erfolgte Rechnungsstellung aus.

Revisions sichere Prüfung und allfällige Rekodierung in «beide Richtungen»

Fälle, die nach der Prüfung zu einem Mehrerlös führen, werden neu fakturiert. Die Methode findet jedoch auch Auffälligkeiten, die zu Angriffsflächen in Richtung eines niedrigeren Erlöses führen. Dies bedeutet ehrlicherweise, auch Refakturierungen von Fällen vorzunehmen, die möglicherweise einen niedrigeren Erlös zur Folge hätten.

Hieraus wird bei den Kostenträgern ein Vertrauensaufbau erreicht. Auch ist es wichtig, bei bereits verstorbenen Patienten mit den Versicherern ein Vorgehen zu vereinbaren, der zwar den zustehenden Erlös geltend macht, gleichzeitig aber auch Rücksicht auf den möglicherweise noch nicht abgeschlossenen Trauerprozess nimmt. Im Zweifel werden solche Fälle nicht refakturiert.

Vorgehen und Methode

Pilotphase mit eigener elektronischer Regelprüfung und Definition der Grenzen

Aufgrund der CAS-Arbeit des Autors «Wie Regelwerkprüfungen zur Erlössicherung beitragen können – ein Praxisbeispiel» und seiner jahrelangen Tätigkeit bei einem der grossen Schweizer Krankenversicherer war er bereits mit elektronischer Regelprüfung vertraut und hat selber Regeln gebaut.

Allerdings waren die Grenzen schnell erreicht, da nur 15 Regeln «gegriffen haben». Zudem war es methodisch sehr aufwändig (mittels Exceltabelle), da keine automatische Grouper-Anbindung verfügbar war. Jeder auffällige Fall musste sozusagen manuell «durchgespielt werden». Danach erst wäre in einem zweiten Schritt der Beginn der Detailprüfung anhand der Primärdokumentation sinnvoll.

Marktanalyse für potenzielle Anbieter für elektronische Regelprüfung

Bei der Selektion möglicher Marktanbieter einer solchen Methode wurde auf Know-how im

Schweizer Markt Wert gelegt. Prüfmethode, welche im Kern eine rein statistische Rückmeldung geben, wurden ausgeschlossen. Auch Methoden ohne konkreten Bezug zwischen «Fehlermeldung» und «potenzieller DRG-Änderung» oder Methoden, welche ohne SwissDRG-Grouper-Anbindung arbeiten, wurden direkt in der Vorprojektphase ausgeschlossen.

Die Experten welche die Analyse und vor Ort Prüfung durchführen, sollten seit mehreren Jahren Erfahrung im Schweizer Markt mit der Methode aufweisen und eine entsprechende Erfolgsbilanz zeigen. Der Spitalverbund wollte sich auf keine Experimente einlassen.

Entscheid für die Methode MMC-Auditor®

Im Ergebnis der Marktanalyse blieb die Methode MMC-Auditor®, welche nachweislich alle Bedin-

gungen und eine vielversprechende Effizienz erbrachte. Die Referenzliste der bereits seit 2013 in der Schweiz durchgeführten Projekte sprach für sich.

Ebenso trägt die MALK Medizin Controlling AG das finanzielle Risiko im Fall, dass keine Auffälligkeiten gefunden werden. Der Spitalverbund konnte also nur gewinnen, besonders mit dem Hintergrund der vorgängigen internen Regelwerksprüfung.

Datenaustausch, Stichprobenziehung, vor Ort Prüfung durch Profis

Die Projektvorbereitung und der Datenaustausch waren per verschlüsseltem E-Mail möglich. Vor Ort waren durch das Bundesamt für Statistik (BFS) anerkannte Revisoren für Medizinische Kodierung eingesetzt. Das Vier-Augen-

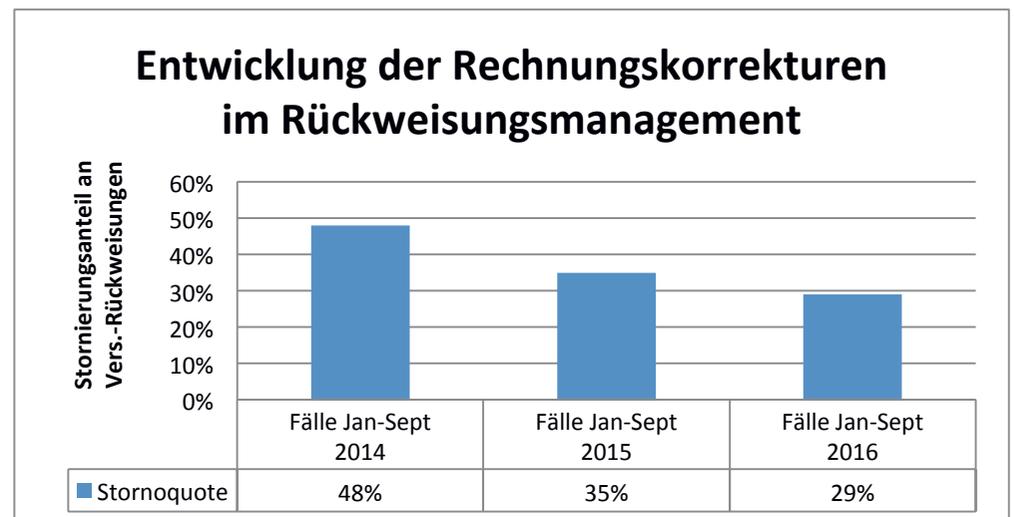


Abbildung 1: Erlöse aus Regelwerksprüfung in CM-Punkten (Quelle: eigene Darstellung)

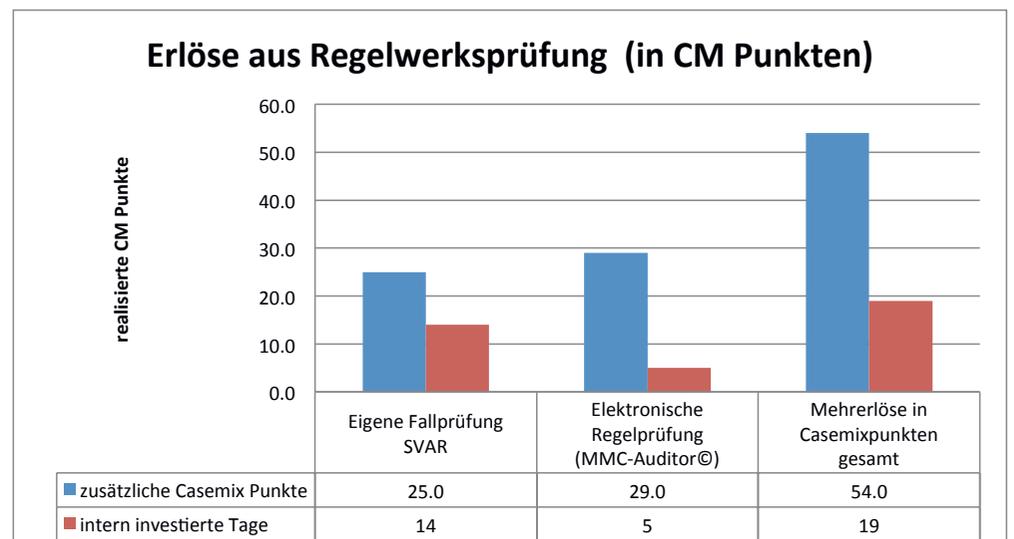


Abbildung 2: Stornoquote der direkten Beanstandungen (Quelle: eigene Darstellung)

Prinzip und der Fachaustausch mit dem Spital-Team war jederzeit gewährleistet und wurde sehr geschätzt.

Datentrimmung, Fachdiskussion und interne sowie externe Kommunikation

- Daten 2015: Von den 256 auffälligen Fällen wurden 256 geprüft, hiervon 16 refakturiert.
- Daten 2014: Von den 400 auffälligen Fällen wurden 350 geprüft, hiervon 32 refakturiert.
- Daten 2013: Von den 355 auffälligen Fällen wurde bereits die Hälfte geprüft und 18 refakturiert. Die Überprüfung des Datenjahres 2013 ist noch nicht abgeschlossen. Die Verantwortlichen gehen allerdings davon aus, dass die Refakturiierungsquote ähnlich dem Datenjahr 2014 ausfallen wird.

Die Kommentare und Empfehlungen der externen Experten konnten fast durchgängig umgesetzt werden. In insgesamt 9 Fällen war eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erforderlich. Eine Fragestellung wurde beim BfS (im Kodiersekretariat) noch nicht abschliessend geklärt. Die Fachdiskussion war zielführend

und hat in jedem Fall zum gewünschten Ergebnis geführt.

Ergebnisse und Fazit

Mit insgesamt 5 internen und 13 externen Arbeitstagen konnten mit Hilfe der elektronischen Regelprüfung bis Ende September 2016 (Redaktionsschluss) mehr als 29 Casemix-Punkte refakturiert werden.

Abbildung 1 zeigt: In der Summe über alle drei Jahre wurden mehr als 54 Casemix-Punkte zusätzlich fakturiert. Gleichzeitig erfolgte auch eine Qualitätsverbesserung im Rückweisungsmanagement: Die Rückweisungsquote der Rechnungen durch die Kostenträger hat sich nicht wesentlich verändert, da die Krankenversicherer generell vermehrt prüfen. Allerdings konnte die Stornoquote markant gesenkt werden.

In Abbildung 2 ist Folgendes erkennbar: Im Vergleichszeitraum der Daten 2014 wurde noch fast jeder zweite zurückgewiesene Fall zugunsten der Versicherung storniert (48%). Nach dieser Qualitätssicherungs-Massnahme sind die Stor-

nierungen auf weniger als ein Drittel (29%) zurückgegangen.

Die Zusammenarbeit zwischen der Kodierabteilung und den Ärzten hat sich verbessert, die Kommunikation intensiviert. Durch gezielte Rückfragen konnte die ärztliche Dokumentationsqualität verbessert werden, was zu einer spezifischeren Kodierung führt.

Der Austausch mit den externen Revisionsexperten war für das Kodierteam eine Bereicherung, gewisse Interpretationen der Kodierregeln und Anwendung von Codes aus einer anderen Perspektive zu sehen und neu zu überdenken.

Fehler, welche sich über die Jahre eingeschlichen haben, wurden miteinander angeschaut und diskutiert. Dies führte zu einer Klärung von Unsicherheiten bei der Anwendung gewisser Regeln und Codes sowie zur Erhöhung der Kodierqualität.

Für das Datenjahr 2016 ist die hier beschriebene Methode der elektronischen Regelprüfung für das SVAR bereits gebucht.



Trendtage
Gesundheit
Luzern

Trends und Perspektiven im Gesundheitswesen
Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik

**Mittwoch/Donnerstag
29./30. März 2017
KKL Luzern**

Informationen und Anmeldung
trendtage-gesundheit.ch



Yvonne Gilli
Mitglied des Zentralvorstandes, FMH



Matthias Horx
Trend- und Zukunftsforscher



Georg Rauter
Assistenzprofessor an der Medizinischen Fakultät, Universität Basel



Marcel Salathé
Associate Professor, EPFL



GESUNDHEIT 4.0
Fit für die digitale Transformation?

#TGL2017

Hauptsponsoren:

Partner Breakfast Session:

Sponsoren:













