

Nachlese zum EDI-Podium von MediData: Rechnungsstellung und -kontrolle unter DRG

Prüfexzess oder partnerschaftliche Qualitätsverbesserung?

Dr. med. Henrik Pfahler, Leiter Medizincontrolling Inselspital, ein Routinier seines Fachs, präsentierte die bisherigen Erfahrungen unter SwissDRG. Welche Probleme und Erkenntnisse haben sich bisher gezeigt? Können wir dabei vom Ausland lernen? Der Experte wagte einen Blick über die Grenze und fragte: Sollten wir es nicht besser machen?

Falsche Abrechnungen in Deutschland sorgten für Schlagzeilen. Journalisten wurden nicht müde, harte Behauptungen aufzustellen: «Kliniken werden in Deutschland regelrecht zum Betrug ermutigt. Wer bei der Abrechnung mogelt, wird nicht bestraft, nicht mal als Wiederholungstäter». – «Nun erwägt das Gesundheitsministerium Sanktionen. Reicht der Entwurf aus?» fragten die Medien.

Was ist die Realität? – Die Krankenversicherer in der Schweiz prüfen jährlich rund 40'000 Fälle näher. Das ergibt eine Prüfquote von rund 10%. 4000 Fälle scheinen fehlerhaft zu sein. 2000 Fälle real, also 5% sind effektiv zu korrigieren. Dabei gab der Fachmann zu bedenken: «Niemand überprüft allerdings falsche Abrechnungen, die zu tief sind.»

Die Lieferung des MCD – eine *conditio sine qua non*?

Zunächst einmal gilt das Gesetz. Das KVG sagt klar:

Art 59¹ Rechnungsstellung im Allgemeinen

Die Leistungserbringer haben in ihren Rechnungen alle administrativen und medizinischen Angaben zu machen, die für die Überprüfung der Berechnung der Vergütung sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen nach Artikel 42, Absätze 3 und 3^{bis} des Gesetzes notwendig sind. Insbesondere sind folgende Angaben zu machen:

- Kalendarium der Behandlungen;
- erbrachte Leistungen im Detaillierungsgrad, den der massgebliche Tarif vorsieht;
- Diagnosen und Prozeduren, die zur Berechnung des anwendbaren Tarifs notwendig sind ...

Was aber bedeutet «notwendig»? – Zu sagen ist nämlich gemäss Dr. Pfahler auch: «Die Überprüfung der Rechnung ist nicht nur Voraussetzung für ein gutes Geschäftsverhältnis, sondern gehört auch zur Sorgfaltspflicht derjenigen, die mit den Prämien ihrer Mitglieder arbeiten. Hier ist aber ein partnerschaftliches Verhältnis zu fordern! Die Chance zur gegenseitigen Qualitätsverbesserung darf nicht verpasst werden!»

Die Situation 2012 beim Rückweisungsmanagement

In der Spitalpraxis haben sich die Anfragen der Krankenversicherer gesteigert: von 390 im 1. Quartal 2012 auf über 1000 im 4. Quartal 2012 (Inselspital). Die Anzahl Beanstandungen der Krankenversicherer bewegten sich dabei zwischen 97 und 173, die durchzuführenden Korrekturen zwischen nur 18 und 53, was ebenfalls sehr tief ist.

Der Prozess im Rückweisungsmanagement ist neu. Heute erfolgt eine Übermittlung des MCD in Papier oder elektronisch. Wenn sich eine Krankenkassenanfrage ergibt, erfolgt ein Austrittsbericht an den Vertrauensarzt, der weiter prüft und schliesslich die Abrechnung akzeptiert oder – wie gesehen in sehr wenigen Fällen – eine Korrektur verlangt.

Was ändert sich in Zukunft?

«Für die Zukunft wenig», betonte Dr. Pfahler, «die Kodierqualität ist nachweislich sehr hoch. Die Übermittlung des elektronischen Datensatzes ermöglicht elektronische Plausibilitätsprüfungen im «Dunkelraum». Als Folge wird die Anfragequote zwangsläufig steigen. Der administrative Aufwand für die Krankenversicherer

ist vergleichsweise klein, für die Krankenhäuser jedoch sehr hoch. Die Prüfzentren stehen unter ROI-Druck und werden an der Retaxierungsquote gemessen.»

Fehler passieren immer – in beide Richtungen. «Wenn aber asymmetrisch geprüft wird, können die Spitäler nur verlieren!» folgerte Dr. Pfahler. Und weil bald die Kodierungsprüfung ausgeschöpft sein werde, steige die Gefahr der Verweildauerprüfung.

Lernen vom Ausland – ein Blick über die Grenze

Der Referent verwies auf die Prüfpraxis im Ausland und meinte:

- Prüfexzesse vermeiden!
 - Es sollen nicht nur Leistungsanreize für die Kostenträger gesetzt werden, sondern auch für die Spitäler.
 - Die Kodierrevision gilt es zu nutzen und in die Prüfbetrachtung mit einzubeziehen. Daraus ergibt sich, dass bei guten Revisionsergebnissen z.B. bestimmte Anfragequoten nicht überschritten werden dürfen.
 - Nötig ist eine Aufwandsentschädigung bei ungerechtfertigter Prüfung.
- Multilaterale Qualitätszirkel schaffen zur Verbesserung der Kodierqualität und Abbau der Überadministration
- Betrachtung aller im Rahmen der Kodierungsprüfung entstehenden Kosten, nicht nur der Kosten der Krankenkassen
- Verbot der Verweildauerprüfung: In Deutschland hat dies zu einem absurden Kampf um Verweildauertage geführt, der Effekt war schliesslich eine Verlängerung der Verweildauer, wobei ja ein Spital grundsätzlich gar kein Interesse an einer Verweildauererweiterung hat.



Dr. med. Henrik Pfahler,
Leiter Medizincontrolling, Inselspital Bern



Stefan Wülser,
Leiter Leistungsabwicklung, CSS-Gruppe



Rolf Schmidiger,
Strategie- und Innovationsmanager, Suva

- Bei systematischem nachgewiesenem Abrechnungsbetrug sind empfindliche Strafen für das betreffende Spital angebracht: Schwarze Schafe richten einen erheblichen Schaden an – nicht nur wirtschaftlich, auch systematisch.

Wie können DRG-Rechnungen geprüft werden?

Eine neue innovative Möglichkeit stellte Rolf Schmidiger, der brillante Tarif-«Fuchs» der Suva, vor. Dabei handelt es sich um die Sumex-Suite. Sie beinhaltet einen Kern-Prozess. Er bietet eine hochgradige Automatisierung der Prozessverarbeitung für die Leistungsabrechnung. Weiter bestehen spezialisierte Tools zur Unterstützung und Optimierung der Prozesse für die manuelle Verarbeitung.

Seit Februar 2013 ist der elektronische Anteil an DRG-Abrechnungen stark gestiegen. Es beträgt mittlerweile rund 60%. Interessant ist weiter die SwissDRG-Kostenstruktur. Zwei Drittel der DRG-Gesamtkosten resultieren aus Fällen mit einer Verweildauer von bis zu 7 Tagen. Daraus folge, so der Referent, dass das Erkennen von auffälligen DRG-Rechnungen ohne intelligente Werkzeuge kaum möglich sei.

Was und wie soll nun von den Versicherungen kontrolliert werden? Die häufig eingesetzte Nach-Gruppierung bedeute zu geringe Erfolgsaussichten: Identisches Werkzeug und identisches Gedankengut seien schlechte Grundlagen, oder «Wenn alle das gleiche denken, denkt keiner richtig», sagte bereits Georg Christoph Lichtenberg, Mathematiker und Experimentalphysiker 1742-1799.

Eine vorteilhafte Alternative sei die integrale Gesamtbeurteilung mit der Sumex DRG-Box und dem Sumex DRG-Expert. Innerhalb einer automatischen Verarbeitung gelangt der Sumex DRG-Expert ins Spiel. Der Sumex DRG-Expert ist eine Web-Applikation und ein vollwertiges Kodier-

werkzeug. Er enthält alle nötigen Datenbanken und Berechnungsgrundlagen zur Beurteilung einer DRG-Rechnung: Abrechnungs-Statistiken ICD/CHOP, Fallpauschalenkatalog, Definitionshandbuch, SwissDRG-Groupier, Thesaurus und Kodierrichtlinien. Der Sumex DRG-Expert kann per Link (MCD) angesteuert werden. Der Link kann einfach maschinell generiert werden. Der Link kann auch problemlos ausgetauscht werden. Änderungen können via Link-Vergleich nachvollzogen werden. Sumex DRG-Box/Expert besitzen mehr als 20 verschiedene statistische Prüfungen. Bei der Prüfung der Verweildauer wird betrachtet, wie wahrscheinlich eine Verweildauer von z. B. einem Tag ist. Die Sumex DRG-Box modelliert dabei die Verteilung der Verweildauer pro DRG-Ziffer. Eine Rechnung wird vorgelegt, wenn eine Verweildauer unwahrscheinlich ist.

Vorwärts mit der Prozessinnovation

Rolf Schmidiger machte folgende Zusammenfassung;

- Sumex DRG-Box und -Expert sind mächtige Instrumente und ermöglichen neue Möglichkeiten für die Prozessinnovation.
- Eine automatisierte Dunkelverarbeitung mit Triage erlaubt eine effiziente und effektive Vorlagestrategie.
- Damit für die Vorlage eine hohe Trefferquote resultiert, wurden die statistischen Modelle mit echten Spitaldaten kalibriert.
- Die statistische Kontrollmöglichkeit ist einzigartig und kostengünstig in der Bewirtschaftung.
- Die konventionellen Methoden der prozeduralen Logik, Nach-Gruppierung, Austausch der Diagnosen etc. sind Basisbestandteile der Sumex DRG-Box-Funktionalität.
- Das medizinische Regelwerk wird laufend auf der Basis von Praxiserfahrungen hochgefahren.
- Für die Schulung und Ausbildung der Fachkräfte wird im Moment ein Testdatenset mit Hunderten von Beispielen erarbeitet.

- Aufgrund der agilen Softwareentwicklungsmethodik können neue Funktionen innert 2 bis 3 Monaten produktiv verfügbar gemacht werden.

Und wie meistern die Kassen SwissDRG?

Stefan Wülser, Leiter Leistungsabwicklung CSS-Gruppe, zeigte schliesslich die Krankenversicherungspraxis mit SwissDRG. Die Zertifizierung der Datenannahmestelle erfolgte im Oktober 2012. Die CSS hat Ihre Datenannahmestelle auf den elektronischen Empfang von MCD ausgerichtet. «Aus unserer Sicht ist nur so der Datenschutz gewährleistet. Denn mit vielen Medienbrüchen sind auch mehr Personen mit dem Bearbeiten der Daten und Dokumente konfrontiert», betonte Wülser. «Die CSS hat ihr System basierend auf der Verordnung und dem technischen Standard XML4.4 angepasst. Wir haben nach menschlichem Ermessen dafür gesorgt, dass wir bereit für den Empfang entsprechender Daten sind, und dass mit diesen Daten vorderhand keine weiteren Schritte gemacht werden (keine Prüfung, keine Sammlung, keine Verarbeitung). Aktuell können die Spitäler noch keine MCD systematisch und elektronisch senden. Sie müssen zuerst ihre Systeme im Sinne der Verordnung und des technischen Standards ausrüsten.»

«Sobald die Spitäler mit ihren Systemen in der Lage zur systematischen, elektronischen Datenerfassung sind, braucht es mit jedem Spital eine Testphase. Diese Tests sind für beide Seiten (Spital und CSS) zwingend erforderlich. Nur so können wir gemeinsam mit den jeweiligen Spitalern sicherstellen, dass Datenlieferung, -empfang, -prüfung und -verarbeitung sauber und gesetzeskonform ablaufen.»

13 Millionen Rechnungen

Die CSS-Gruppe verarbeitet im Jahr ca. 13 Mio. Rechnungen plus ca. 1,5 Mio weitere Belege wie Verordnungen, Rezepte, Briefe usw. Davon sind ca. 200'000 DRG-Rechnungen. Ungefähr 80–90%

dieser DRG-Rechnungen kommen in elektronischer Form zur CSS – also sehr viele, der Rest auf Papier. Die CSS empfängt keine DRG-MCD auf Papier systematisch. Die Datenannahmestelle der CSS wurde nur für den elektronischen Empfang der DRG-MCD ausgerichtet. Dazu Stefan Wülser: «Nur durch eine elektronische Lieferung der Daten sind wir in der Lage, möglichst viele Daten automatisch und ohne menschliches Zutun abzuwickeln. Dies garantiert den grösstmöglichen Datenschutz.»

Zusammenspiel von Datenannahmestelle und VAD

Administrativer und medizinischer Datensatz durchlaufen die sogenannte Dunkelprüfung, wo eine automatisierte Prüfung anhand von fachlichen und medizinischen Regeln erfolgt. Einzelne Fälle, die die Grenzwerte des Regelwerkes überschreiten, werden an die medizinische Leistungsprüfung zur manuellen Prüfung durch die Kodierer gezielt ausgelenkt. Ein Kodierer prüft nun den medizinischen Datensatz aufgrund der angeschlagenen Regel/n. Gegebenenfalls erfolgt eine Anforderung weiterer medizinischer Unterlagen (z.B. Austrittsbericht, Operationsbericht etc.)

Die erforderlichen Unterlagen werden zu Händen des Vertrauensarztes (VAD), mit Beilage eines speziell an den Vertrauensarzt adressierten Antwortcouverts, einverlangt. Somit ist gewährleistet, dass die Unterlagen direkt an den Vertrauensärztlichen Dienst gehen. Solange die CSS den administrativen und medizinischen Datensatz nicht elektronisch



erhält, führt die Kasse vorderhand nur Einzelfallprüfungen durch.

Nutzung von historischen Daten

Anhand von Triagekriterien (z.B. bestimmte DRG-Positionen auf der Rechnung oder Höhe des Rechnungsbetrages usw.) werden vom stationären Team SwissDRG Rechnungen zur manuellen Prüfung an die Fachgruppe DRG (Kodierer) weitergeleitet. Um eine Rechnung vertieft prüfen zu können, werden die kodierrelevanten Unterlagen via Vertrauensärztlichen Dienst angefordert. Anhand der Unterlagen wird der Fall mit dem Tool KODIP von 3M manuell kodiert.

«Im Moment werden ca. 130 Fälle pro Monat durch die Fachgruppe DRG geprüft. Und es kann dabei zum Erkennen von Kodierfehlern mit einer Kostenfolge von bis zu 20'000 Franken kommen», berichtete der Referent. «Dies wird dann beim Spital beanstandet und in den meisten Fällen auch korrigiert. – Die Swiss-DRG Kodierung ist noch kein etablierter Prozess. Deshalb gibt es auch noch häufige Fehler- und Interpretationsmöglichkeiten. Eine Überprüfung der Kodierung im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung der Kodierqualität ist sinnvoll und hilft, künftig unnötige Kosten zu vermeiden.»

Text: Dr. Hans Balmer



www.aastra.ch

AASTRA

Sie würden auch nicht mit der Gartenschere operieren.

Präzision wird bei Aastra grossgeschrieben. Mit einem massgeschneiderten Kommunikationssystem von Aastra erhöhen Sie die Produktivität Ihrer Organisation: Zur klassischen Telefonie oder Voice over IP (VoIP) kommen sinnvolle Anwendungen wie Alarmierungs- und Mobilitätslösungen, Anbindung an Outlook™ und interne Datenbanken, Präsenzmanagement oder Konferenzlösungen. Aastra Lösungen sind in Unternehmen jeder Branche und Grösse zuhause.

Aastra optimiert Ihre Geschäftskommunikation. Aastra Telecom Schweiz AG