

Endlich ist es möglich: Einen Schritt näher zur «Abrechnungswahrheit»

Gesicherte Erträge und reduzierte Rückweisungen unter SwissDRG 3.0

Für die Schweiz wurde ein einzigartiges Verfahren entwickelt, um Fallprüfungen sowohl aus der Perspektive des Spitals als auch aus der Sicht der Krankenkassen durchzuführen. Hiermit kann auf Basis der BFS- und PRISMA-Daten systematisch und dezidiert auf Abrechnungslücken hingewiesen und die Faktura aus mehreren Sichtweisen wahrheitsgerecht optimiert werden. Aktuell ist es somit möglich, der abzurechnenden «Kodierwahrheit» einen entscheidenden Schritt näher zu kommen.



Rolf Malk
Geschäftsführer und Tarifspezialist,
MALK MEDIZIN CONTROLLING AG



Andreas Gerhard
Produktmanager Beratung und Prozesse,
MALK MEDIZINCONTROLLING AG



Thomas R. Fritz
Leitung Medizincontrolling,
Stadtpital Triemli Zürich

Die neue Methode zur **elektronischen** Ertrags-sicherung ist nun im Produktivbetrieb, hat erste Neufakturierungen zu Gunsten des Spitals **und** zu Gunsten der Versicherer ermöglicht. Im Folgenden wird Ihnen der «MMC Auditor®» vorgestellt und näher erläutert.

Die aktuelle Methode der Kodierrevisionen, sowie die wissenschaftlich und empirisch berechnete Stichprobenziehung (Universität Lausanne) bei SwissDRG Revisionen ist nur begrenzt geeignet, um in allen Spitalern die Qualität der Kodierung nachhaltig zu sichern. Deshalb hat die MALK MEDIZIN CONTROLLING AG (MMC AG) in den letzten 14 Monaten **Zeit und Know-how** in die Entwicklung des «MMC Auditor®» investiert. Das Ziel war, der Abrechnungswahrheit unter SwissDRG (hier und aktuell die Version 3.0) entscheidend näher zu kommen.

Dies ist nun vollumfänglich gelungen. Durch die hinterlegten Regeln ist es möglich, das Ertrags-Steigerungs-Potenzial pro DRG dezidiert und nachhaltig **vor Faktura-Versand** genauso darzustellen, wie die potenziellen Rückfragen der Versicherer abzufangen.

1. Hintergrund und Entwicklung von Kodier- und Fakturierungsprüfungen SwissDRG

Zur Stichprobenziehung und methodischen Grenze von SwissDRG-Revisionen

Seit dem 1. Januar 2012 ist jeder einzelne stationär behandelte, kodierte und fakturierte Fall budget- und ertragsrelevant¹. Das neue SwissDRG-Reglement für Kodierrevisionen² legt für Zentrums- und Universitätsspitäler anerkannt

te Stichprobengrössen und Ziehungen fest, welche unter wissenschaftlichen und empirischen Gesichtspunkten an der Universität Lausanne entwickelt wurden. Für Universitätsspitäler mit z.B. mehr als 36'000 stationären Fällen werden 300 Fälle geprüft, in Spitalern mit z.B. 22'000 Fällen 180 Fälle. Dieselbe Stichprobengrösse von 180 Fällen wird auch bei kleinen spezialisierten Spitalern mit z. B. 500 oder 2500 Fällen im ersten Jahr SwissDRG mittels geschichteter Stichproben angewendet³.

Im Ergebnis werden in Zentrums- oder Universitätsspitalern viele Fälle mit hohem und sehr hohem Kostengewicht geprüft, die sich ggf. nur selten bis nie nach der Revision in der SwissDRG ändern. Zudem werden in die geschichtete Stichprobe, aufgrund des niedrigen Kostengewichtes, noch einige Geburten, Neugeborene und ggf. Metallentfernungen aufgenommen, bei

¹ Ausnahme sind Fallzusammenführungen, die mehr als zwei Fälle enthalten können (vgl. Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG Version 5/2012)

² Reglement für die Durchführung der Kodierrevision unter SwissDRG Version 2.0 vom 3.12.2010

³ Zur Ziehung der Stichprobe gem. o. g. Reglement: Gestützt auf die Kostengewichte, werden für die Ziehung der Stichproben Schichten gebildet, aus denen die Stichprobe proportional nach dem Zufallsprinzip gezogen wird.

Einfluss auf Budget	Spitalinterne Fallprüfungen	Spitalexterne Fallprüfungen
hoch	Revision retrospektiv (setzt ggf. Revisor im Kodier-Team des Spitals voraus)	Elektronische Selektion und Aktenprüfung vor Fakturierung (z.B. MMC Auditor®)
	4-Augen-Fallprüfung mit Fachausweis Kodierer (laufend oder retrospektiv)	Durch Versicherer und vom Kanton anerkannte Revision 2.0 Durch eine vom Kanton anerkannte Revision 2.0
niedrig	Aktenprüfung ohne erprobte Prüfmuster	Revision ohne Reglement 2.0 Aktenprüfung ohne erprobte Prüfmuster

Tabelle 1: Arten von Kodier-Fallprüfungen (Synopse, eigene Darstellung MMC AG)

denen auch nach einer Revision keine grossen SwissDRG-Veränderungen zu erwarten sind.

Im Ergebnis hat der Maximalversorger nach einer «ordentlichen SwissDRG-Revision» noch bestenfalls 220 (Universitätsspitäler) oder in kleineren Spitälern bestenfalls 130 Fälle die einen Einblick in die CMI-relevante Ergebnis-Qualität liefern. Dies ist nach Befragung unserer Kunden und auch gemäss unserer Erfahrung in der deutschsprachigen Schweiz **nicht ausreichend und vor allem nicht nachhaltig**. Der relevante und aussagegestützte Teil der **Stichprobe in einem Haus mit etwas mehr als 20'000 Fällen** wäre dann mit ca. 130 DRG-Fällen **nur 0.6%** klein. Die Ergebnisqualität des grossen Rests der Fälle ist und bleibt somit eine «Black Box».

Prüfmuster und Rückweisungen auf Seiten der Versicherungen

Einen zusätzlichen Einblick in die Kodier- und somit Abrechnungsqualität erhalten die Verantwortlichen in den Bereichen Finanzen, Medizincontrolling und Leitung Kodierung durch die Auswirkungen von Rückweisungsschreiben der Versicherer. Die Versicherer sind gesetzlich gezwungen, ihre Anfragen und Prüfungen «vor zu sortieren» und entsprechend auf Basis des MCD's elektronisch zu prüfen. In nur ca. 10% aller Fälle kommt es zu einer Anfrage von medizinischen Dokumenten. Hier sind mittlerweile Strukturen geschaffen, um den Prüfauftrag gem. KVG durchführen zu können. Dies wird elektronisch unterstützt.

Allerdings werden keine Fälle geprüft, die eventuell zu niedrig vergütet sind – und somit eine

Kostenüberdeckung seitens Spitals aufweisen. Nach nun mehr als 18 Monaten Erfahrung mit Rückweisungen konstatieren wir: Es werden ausschliesslich Fälle geprüft bei denen ein «Einsparpotential» seitens Versicherung vorhanden ist.

Vier-Augen-Prinzip in der medizinischen Kodierung

Das Vier-Augen-Prinzip bei der Kodier-Freigabe hat sich als Qualitätssicherungssystem für bestimmte Fälle bewährt, ist jedoch eher aufwändig, um retrospektiv oder auch kontinuierlich alle Fälle eines Bfs- (PRISMA-) Datensatzes einer Revision zu unterziehen.

Die nebenstehende Tabelle zeigt einen schematischen Überblick, welchen Arten von Kodierfallprüfungen ein hoher oder auch eher niedriger Einfluss auf die vollständige Budget-Sicherung zugeschrieben wird.

2. Methode Kodierprüfung mit dem MMC Auditor® 3.0

Die oben in der Matrix beschriebene Methode der Versicherer könnten auch die Spitäler selbst anwenden. Es gab jedoch bisher schweizweit (ausserhalb der Software der Schweizer Krankenversicherer) keine Software, die dies zu leisten vermochte⁴. Dies war eine unserer Intentionen zur Entwicklung des MMC Auditor®.

Das Spital hat **neu** die Möglichkeit, den anonymisierten Bfs- oder PRISMA-Datensatz an den Dienstleister zu senden⁵ und einlesen zu lassen. Jedem Fall wird eine Zeile mit VWD, DRG, PCCL etc. in der sogenannten Fallliste zugeordnet. Der integrierte SwissDRG-Grouper prüft jeden einzelnen Fall mehrere hundert Mal anhand des durch die MMC AG entwickelten und hinterlegten Prüfreglements. Die Software kann diese Prüfung gleichzeitig aus Perspektive des Spitals oder/und auch aus Perspektive der Versicherung durchführen. Diese Regeln sind eigens für das SwissDRG-System von der MMC AG entwickelt worden (und werden täglich weiter entwickelt). Sie berücksichtigen alle gruppierungsrelevanten Fallmerkmale (u.a. ICD, CHOP, Alter, PCCL, VWD etc.).

MMC Auditor®: SwissDRG-Fallliste und Controlling Board

⁴ Die Methode wurde bereits im «clinicum» 6/2012 angekündigt: «Rückweisungsmanagement Schweiz 2012: Wie reagieren Spitäler auf zurückgewiesene Fakturen».

⁵ Die MMC AG arbeitet treuhänderisch und stellt die Einhaltung aller Datenschutzbestimmungen vertraglich sicher.

Management

Im Ergebnis werden nun Fälle auffällig gestellt, die noch CW-Potential (Kostengewichts- und Ertragspotenzial) zu Gunsten des Spitals haben.

Beispiel

Patientin, weiblich, 98 Jahre alt, 50 Tage VWD; Nebendiagnosen: Unspezifische Demenz, resp. Insuffizienz und Niereninsuffizienz.

Ein spezifischer Code genügt und die DRG wechselt von F62C in den nächsthöheren Schweregrad. Die Spezifizierung der Nebendiagnose von F03 in F01.8 wird durch die MMC AG zum Test vorgenommen. Der integrierte Grouper berechnet sofort das neue Ergebnis mit F62B. Der Erlös steigt um **1871.50 Franken**.

In der dann geplanten Aktenprüfung wird folgendes erwartet:

- Entweder die Demenz kann noch genauer kodiert werden;
- oder die Niereninsuffizienz ist anhand der Laborwerte einer Gradeinteilung zuzuordnen;
- oder die respiratorische Insuffizienz kann näher bezeichnet werden.

Wenn innerhalb der 50 Tage Verweildauer nur **eine einzige** dieser angedeuteten Diagnosen spezifischer kodiert wird, kann der höhere Ertrag fakturiert werden.

Dieser Schritt ist auch im umgekehrten Fall möglich. Beispiel: Die Krankenkasse schickt eine Rückweisung mit der Anfrage, ob die vaskuläre Demenz auch tatsächlich vorgelegen hat, und allenfalls eine unspezifische Diagnose im Austritts-Bericht beschrieben wurde. Diese potenzielle Rückweisung kann nun bereits vor einer Rückweisung bearbeitet, gesichert und korrigiert werden. Dies erhöht den Liquiditätskreislauf zu Gunsten des Spitals und reduziert seitens Kostenträger auf Dauer die Ressourcen durch Prüf-Personal.

3. Fazit eines Spitalkunden (Maximalversorger)

Schon seit längerem entstand im Medizincontrolling in unserem Haus der Wunsch einer systematischen Prüfung der Kodierung. Dabei stand folgendes Ziel im Vordergrund: Die automatisierte Prüfung aller Fälle und damit nachhaltige Erlössicherung und Qualitätskontrolle der Kodierung.

Aufgrund mehrjähriger Erfahrung kann davon ausgegangen werden, dass die hiesigen Kostenträger entsprechende Software-Lösungen

The screenshot shows the MMC Auditor software interface. The top section contains demographic data for a female patient, 98 years old, with a 50-day stay. The middle section lists diagnoses, including 'Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz' (ICD10 I50.1) and 'Unspezifische Demenz' (ICD10 F03.9). The bottom section displays the DRG result: MDC 05, PCC 3, DRG F62C, with a base price of 8778.00 CHF and an effective price of 27920.50 CHF. The group status is 00 (Normaler Eingruppierung).

MMC Auditor®: SwissDRG-Arbeitsplatz und SwissDRG-Ergebnis vor Prüfung

This screenshot shows the same patient data as the previous image, but with a change in the diagnosis list. 'Unspezifische Demenz' (F03.9) has been replaced by 'Sonstige vaskuläre Demenz' (ICD10 F01.8). Consequently, the DRG has changed to F62B, with a base price of 12929.50 CHF and an effective price of 29792.00 CHF. The group status remains 00.

MMC Auditor®: Änderung einer Nebendiagnose und SwissDRG-Ergebnis nach Prüfung

zwecks Rechnungskontrolle implementieren werden oder bereits eingeführt haben. Wir erachten es daher als sinnvoll, mittels entsprechender Prüfung schon vor der Fakturierung kritische Fälle zu erkennen, um so auf mögliche Rückweisungen argumentativ vorbereitet zu sein oder sie vorab schon zu vermeiden.

Diskutiert wurde eine Eigenlösung. Bei Abschätzung des zeitlichen, finanziellen und technischen Aufwands wurde die Realisierung des Projekts jedoch immer wieder verschoben. Wir waren deshalb sehr erfreut, dass die MMC AG mit einer entsprechenden Software auf den Markt kam. Um die Software in vollem Umfang nutzen zu können, sind wir allerdings der Meinung, dass kodierrelevante Informationen aus Subsystemen, wie Blutbank, Apotheke, Strah-

lenthapie etc., als CHOP-Codierung automatisiert in die Prüfung einfließen sollten. Somit ist mit Erwerb der Software ein wichtiger Schritt erreicht, jedoch noch nicht alle Arbeit erledigt. Auf Grund der bisherigen vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der MMC AG sehen wir eine gute Chance, im Dialog einen Beitrag zur Weiterentwicklung des hinterlegten Prüfregelwerkes zu leisten.

Weitere Informationen

MALK MEDIZIN CONTROLLING AG
Alpenblickstrasse 20
8853 Lachen SZ

malk@medizincontrolling.ch
www.medizincontrolling.ch