

Sicherung der ambulanten Wertschöpfung

Ein Schlüssel zum langfristigen Erfolg

Das Jahr 2018 hat gezeigt, dass der finanzielle Druck auf die Spitäler und auch auf die einzelnen Leistungserbringer immer weiter zunimmt. Dabei spielt nicht nur der stationäre Bereich eine entscheidende Rolle, sondern auch die ambulante Abrechnung nimmt eine zentrale Position dabei ein.

Durch die jährlichen Anpassungen der einzelnen DRGs und Kostengewichte sowie der Änderung in der Zuordnung zu einer DRG (Group-Algorithmus) und der angepassten Kodierregeln (z. B. Veränderung der Voraussetzungen zur Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlung), erzielen die Spitäler bzw. die einzelnen Fachdisziplinen in der Regel deutlich weniger stationäre Erlöse.

Ambulante Erträge gehen in untersuchten Fachdisziplinen nachweisbar zurück

Die Komplexität wird zusätzlich erhöht, so dass die Leistungserbringer auch im ambulanten Sektor Tarifeinbussen zu verzeichnen haben, die in einigen Fachdisziplinen höher ausfallen als prognostiziert. Durchgeführte ambulante Audits/TARMED-Revisionen im Jahr 2018 belegen diesen Trend. Sowohl die Anpassung der Taxpunkte als auch die neu eingeführten Mengenlimits (Tarifversion TARMED 1.09.00_BR_KVG im KVG-Bereich) setzen den Leistungserbringern mehr zu

als gedacht. So lassen sich zum Beispiel längere Patienten-Termine in der Sprechstunde kaum oder gar nicht mehr vollständig abbilden. Im operativen sowie interventionellen Bereich müssen die Leistungserbringer die deutliche Senkung der Taxpunkte pro TARMED-Position hinnehmen. Je nach Operation können diese Einbussen einen hohen dreistelligen Betrag ausmachen.

Zusätzlich muss vor diesem Hintergrund das Thema «ambulant vor stationär» berücksichtigt werden. Auch wenn es zurzeit erst in wenigen Kantonen eine Rolle spielt, wird dieser Sachverhalt in den nächsten Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnen.

Ambulante Lösungsansätze seitens der Spitäler sind erforderlich

Im Gegensatz zum stationären Bereich, in dem ausgebildete medizinische Kodierer/Innen (in der Regel mit eidgenössischem Fachausweis) anhand der medizinischen Dokumentation die

Leistungserfassung übernehmen, muss im ambulanten Bereich das ärztliche und pflegerische Personal die Leistungserfassung selber vornehmen oder an Dritte delegieren. In beiden Fällen handelt es sich bei den Abrechnungspersonen in der Regel nicht um Tarifexperten. Gerade bei der Leistungserfassung durch Assistenzärztinnen/-ärzte (Tarifwissen eher rudimentär vorhanden) ist auffällig, dass Leistungen weiterhin falsch, unvollständig oder in Einzelfällen gar nicht abgerechnet werden.

Der ambulante Tarif TARMED ist kein einfaches Tarifsystem und benötigt zur vollständigen und regelkonformen Abrechnung ein umfangreiches Tarifwissen. Als ein Beispiel hierfür kann die Verrechnung einer Strecksehnennaht «notfallmässig (mit Wundversorgung) versus geplant» (Abb. 1) herangezogen werden. Der Taxpunktunterschied zwischen einer geplanten und notfallmässig (Wunde an der Hand 4 cm) durchgeführten Behandlung beträgt je nach Versicherungsart 407.67 (KVG) oder 471.42 (UVG/IVG/MVG) Tax-

Der Anteil der Leistungen im Spital verändert sich zu Gunsten ambulanter Tätigkeiten. Deren korrekte und vollständige Abrechnung setzt grosse Sorgfalt voraus.

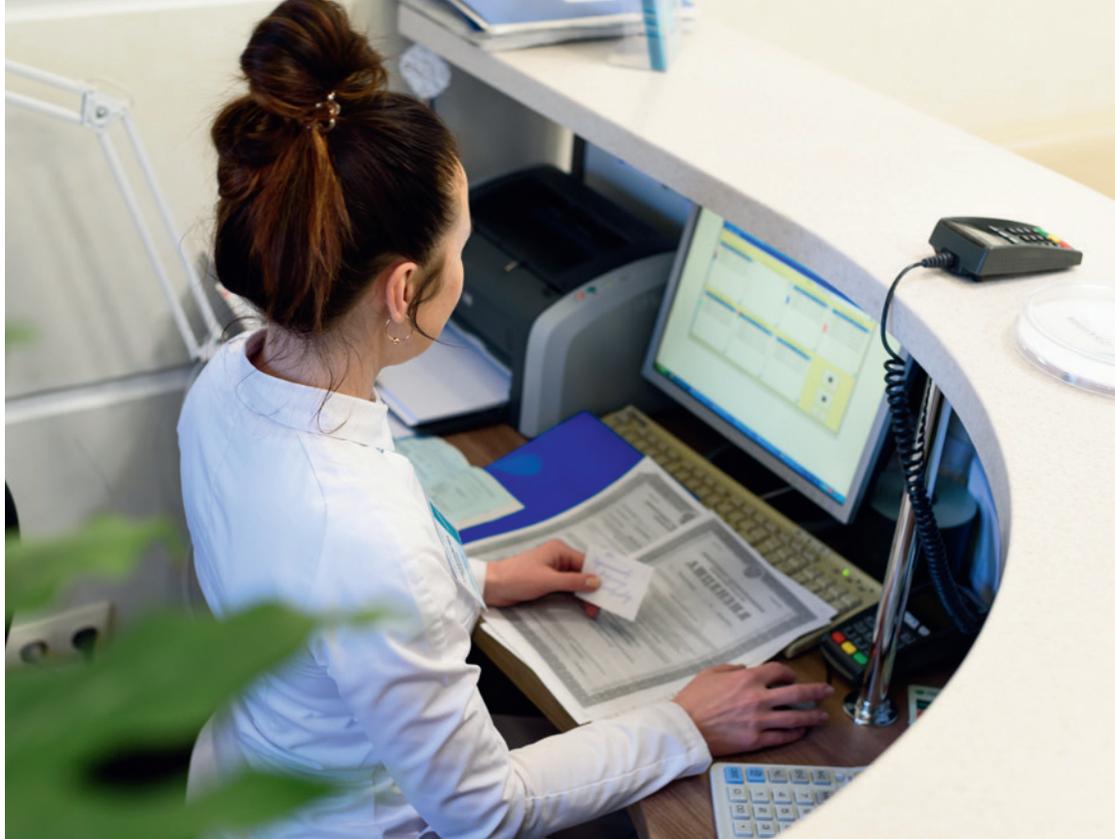


punkte. Vielen Leistungserbringern sind solche Abrechnungsgrundlagen nicht bekannt oder sie können keine vollständige Zuordnung einer durchgeführten Behandlung mit einer bzw. mehreren TARMED-Positionen vornehmen.

Vor diesem Hintergrund ist es für die Spitäler respektive Fachdisziplinen wichtig, Lösungsansätze zur langfristigen Sicherung der ambulanten Erträge zu erarbeiten, die verhindern, dass Leistungen falsch oder unvollständig abgerechnet werden, ohne jeden einzelnen Leistungserfasser zum Tarifexperten ausbilden zu müssen.

Parametrisierung zur Erleichterung der Leistungserfassung

Eine Möglichkeit für die Vereinfachung der Leistungserfassung ist die Verwendung von sogenannten Blockleistungen. Dabei werden mehrere TARMED-Leistungen zu einem Leistungspaket zusammengefasst, die im Rahmen einer Behandlung benötigt werden (inkl. optionale Leistungen). Der Leistungserbringer muss sich dementsprechend die TARMED-Positionen nicht einzeln aus dem Katalog bzw. aus mehreren Paketen zusammensuchen, sondern kann das vorgefertigte Leistungserfassungspaket an den einzelnen Patientenfall individuell anpassen.



Eine systematische Parametrisierung trägt wesentlich zur Erleichterung der Leistungserfassung bei. Kompetente Beratung bildet die Basis dazu.

Besonders hilfreich in diesem Zusammenhang ist die Parametrisierung in der Leistungsabrechnungssoftware und/oder spezifische Hinweise auf Papierlösungen (z. B. Leistungserfassungsblätter). Durch die gezielte Abfrage von abrechnungsrelevanten Informationen wird der Leistungserbringer durch eine Blockleistung

geführt, sodass am Ende alle Leistungen vollständig auf der Rechnung erscheinen können und keine durchgeführten Handlungen vergessen werden. So können zum Beispiel nicht nur Mengenangaben wie Anzahl, Grösse oder Fläche abgefragt werden, sondern es können gezielte Abfragen, wie z. B. eine ultraschallge-

Abbildung 1: Beispiel Strecksehnennaht «notfallmässig versus geplant» (Wunde 4 cm). (Quelle: Eigene Erstellung)

Strecksehnennaht geplant						
TARMED-Pos.	TARMED-Bezeichnung	Anzahl	Taxpunkte (TP) TARMED 01.08.00_BR (UVG/IVG/MVG)	Taxpunkte (TP) TARMED 01.09.00_BR (KVG)	Summe TP 01.08.00_BR (MTK) (UVG/IVG/MVG)	Summe TP 01.09.00_BR (KVG) (KVG)
24.2400	Strecksehnennaht primär/sekundär, Finger, Handrücken, Unterarm, pro Sehne, als alleinige Leistung	1	244.01	205.23	244.01	205.23
35.0030	Technische Grundleistung [OP] I anerkannt	1	164.38	147.94	164.38	147.94
28.0030	Perioperative Betreuung durch den Facharzt für Anästhesie, Risikoklasse I	1	92.83	97.06	92.83	97.06
28.0080	Einleitung und Ausleitung durch den Facharzt für Anästhesie, Risikoklasse I	1	124.92	130.75	124.92	130.75
28.0130	Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung (Anästhesiezeit), Risikoklasse I, pro Min.	24	3.43	3.62	82.32	86.88
Summe					708.46	667.86

Strecksehnennaht notfallmässig (mit Wundversorgung)						
TARMED-Pos.	TARMED-Bezeichnung	Anzahl	Taxpunkte (TP) TARMED 01.08.00_BR (UVG/IVG/MVG)	Taxpunkte (TP) TARMED 01.09.00_BR (KVG)	Summe TP 01.08.00_BR (MTK) (UVG/IVG/MVG)	Summe TP 01.09.00_BR (KVG) (KVG)
04.1080	Wundversorgung mit Einbezug komplexer Strukturen, Gesicht, Hals, Hand (ohne Nacken, Kopfhaut), erste 3 cm	1	219.48	182.10	219.48	182.10
04.1090	.+ Wundversorgung mit Einbezug komplexer Strukturen, Gesicht, Hals, Hand (ohne Nacken, Kopfhaut), jede weiteren 3 cm	1	85.94	73.09	85.94	73.09
24.0270	.+ Strecksehnennaht primär/sekundär, Finger, Handrücken, Unterarm, pro Sehne, als Zuschlagsleistung	1	165.30	140.26	165.30	140.26
35.0030	Technische Grundleistung [OP] I anerkannt	1	164.38	147.94	164.38	147.94
28.0040	Perioperative Betreuung durch den Facharzt für Anästhesie, Risikoklasse II	1	147.21	142.88	147.21	142.88
28.0090	Einleitung und Ausleitung durch den Facharzt für Anästhesie, Risikoklasse II	1	206.72	200.32	206.72	200.32
28.0140	Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung (Anästhesiezeit), Risikoklasse II, pro Min.	34	4.10	3.96	139.40	134.64
28.0130	Tätigkeit des Anästhesisten während operativer Versorgung (Anästhesiezeit), Risikoklasse I, pro Min.	15	3.43	3.62	51.45	54.30
Summe (in Taxpunkten)					1179.88	1075.53

Differenz «notfallmässig versus geplant» (in Taxpunkten)	
	471.42 407.67

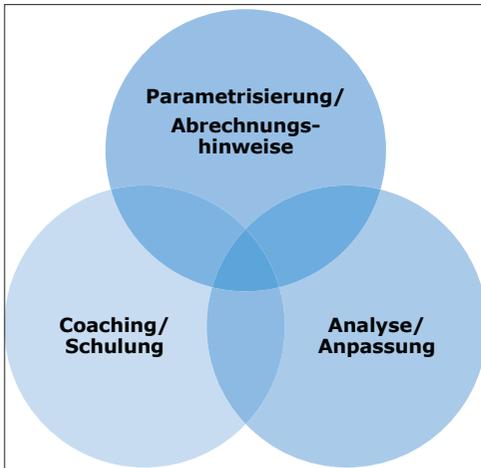


Abbildung 2: Schlüsselfaktoren zur Sicherstellung der vollständigen und regelkonformen Abrechnung (Quelle: Eigene Erstellung)

steuerte Durchführung oder die Art des Zugangs, pro Leistungserfassungsblock vorgenommen werden. Diese Abfragen können in vielen Abrechnungssoftwares so gesteuert werden, dass der Leistungserfasser diese ausfüllen muss (Muss-Feld), damit die ambulante Abrechnung abgeschlossen werden kann. Gerade für die Berufsgruppe der Assistenzärztinnen/-ärzte hat sich diese Methode bewährt und ist ein relevanter Schritt zur vollständigen und regelkonformen Abrechnung.

Beispiele für Parametrisierungsabfragen

Parametrisierungsabfragen können aufgrund unserer Erfahrungen beispielsweise wie folgt lauten:

- Abfrage von Mengeneinheiten inkl. Berücksichtigung von Mengenlimits (Dauer, Anzahl, Grösse, Länge, Fläche usw.)
- Lokalisationsabfragen
- Abfrage der Art des Zugangs (z. B. bei Operationen des Gastrointestinaltraktes)
- Abfrage der Anästhesieart durch den Operateur (z. B. Lokal-, Leitungs-, Plexus-, Regional- oder Endovenösanästhesie)
- Abfrage der Durchführung mit Bildwandler (BV) oder Ultraschall (tarifarisches erlaubt)
- Abfrage von spezifischen TARMED-Positionen, die häufig nicht erfasst aber durchgeführt werden (über Ja-/Nein-Abfragen)
- Gezielte Abfrage von häufig durchgeführten Zuschlagsleistungen (über Ja-/Nein-Abfragen)

Zusammenspiel Coaching & Überprüfung/Korrektur ebenso wichtig

Wie bereits erwähnt, ist die Parametrisierung/Hinterlegung von Abrechnungshinweisen nur

ein Aspekt, um eine vollständige Leistungserfassung sicherzustellen. Regelmässige Schulungen der Leistungserfasser aber auch die Kontrolle der ambulanten Erfassung haben eine genauso grosse Bedeutung. Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass beide Themen im Spitalalltag immer noch in vielen Häusern eine untergeordnete Rolle spielen. Meist wird am Einführungstag eine Kurzschulung zum Thema Klinikinformationssystem (KIS) und Abrechnungstool gehalten, sowie die Leistungserfassung in groben Zügen erläutert. Tiefergehende Schulungen oder regelmässige Tarifupdates bleiben aus. Gerade die Schulung zur Anwendung des Tarifs, Methode/Struktur der Leistungserfassung, Leistungserfassungspakete und Parametrisierung der Blockleistungen müssen zukünftig in den Fokus rücken. Ziel soll es nicht sein, jeden einzelnen Leistungserbringer als Tarifexperten auszubilden (Verhältnis Aufwand/Nutzen). Jedoch muss das Grundverständnis der vorgegebenen Leistungserfassungsmethode in der Software oder auf Papier weitergegeben und verstanden werden, um eine vollständige und regelkonforme Abrechnung zu gewährleisten und Rückweisungen seitens der Krankenkassen zu minimieren.

Abrechnungskontrollen müssen zukünftig ebenfalls in den Mittelpunkt rücken, besonders wichtig ist das bei ambulanten Operationen und Interventionen. Viele Spitäler können die Qualität ihrer ambulanten Leistungsabrechnung zurzeit nicht vollständig beurteilen (ganzes Spital, einzelne Fachdisziplinen bzw. einzelne Leistungserbringer). Gerade im Hinblick auf die nächsten Jahre muss sich diese Haltung ändern, um den veränderten finanziellen Rahmenbedingungen gerecht zu werden. Durchgeführte ambulante Leistungserfas-

Christian Beth
Stv. Geschäftsführer
MALK Medizin Controlling AG (MMC AG)



sungsaudits (ca. 150 Revisionen) seitens der MMC AG zeigen, dass immer noch Fehler bei den ambulanten Abrechnungen bestehen.

Zunahme der Relevanz der ambulanten Abrechnung in der Zukunft

Die schweizweite Einführung «ambulant vor stationär» ist dabei nur der erste Schritt, weitere Änderungen werden zwangsläufig auf die Spitäler respektive Ärzteschaft zukommen (z. B. weitere Tarifänderungen/-anpassungen). Aus diesem Grund ist es umso wichtiger, die Relevanz der ambulanten Abrechnung in den Fokus zu stellen, um optimal auf die jetzigen aber auch zukünftigen Gegebenheiten vorbereitet zu sein. Erfahrungen zeigen, dass der ambulante Sektor deutlich zunehmen und auch für die einzelnen Spitäler immer mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Weitere Informationen

MALK Medizin Controlling AG

Alpenblickstrasse 20
8853 Lachen SZ
Telefon 055 412 25 16
www.medizincontrolling.ch

Die Autoren

Christian Beth
Stv. Geschäftsführer
beth@medizincontrolling.ch

Dr. med. Miriam Gerhard
Revisorin für med. Kodierung (BfS)
miriam.gerhard@medizincontrolling.ch

Dr. med. Miriam Gerhard
Revisorin für med. Kodierung (BfS)
MALK Medizin Controlling AG (MMC AG)

