

Softwarebasierte Prüfung der SwissDRG-Abrechnung ergänzt SwissDRG Revisionen

Stationär vollständig abrechnen: mehr Transparenz und Sicherheit

Die Medizinische Kodierung ist mittlerweile Datengrundlage für die drei Tarife SwissDRG, TARPSY und ST Reha. Auch wenn schon im achten Jahr in der Akutsomatik nach DRG-Fallpauschalen abgerechnet wird, ist eine vollständige Fakturierung der zustehenden Erlöse nicht immer selbstverständlich. Zu viele Variablen und Einflussfaktoren machen die Anwendung aller Regulative oft anfällig für Abrechnungslücken. Daher nutzen verschiedene Spitäler, von der Grundversorgung bis zum Maximalversorger, in der Kodier-Praxis Prüf- und Analysetools, welche die tägliche Arbeit erleichtern. Wir wollten wissen wie.

Die Komplexität im Bereich der Medizinischen Kodierung wird durch jährliche Anpassungen in den Reglementen erhöht. In der Folge erhöht sich das Fehlerpotenzial bei der Leistungserfassung und -abrechnung.

Aber wo stecken diese Fehler, die für empfindliche Erlösausfälle und eine verminderte Liquidität

verantwortlich sein können? Und: Lohnt es sich, detektivisch danach zu fahnden oder ist allenfalls der Aufwand für die systematische Suche grösser als der erzielbare Erfolg?

Wie ist am vorteilhaftesten vorzugehen, damit dieses Risiko nicht nur gering ist, sondern optimalerweise sogar ganz ausfällt?

Eine innovative Kombination

Eine neue Lösung im Spitalmarkt stellt die Verbindung der bereits seit längerem bewährten elektronischen Regelprüfung mit einer webbasierten Dokumentation dar – eine Synergie von Dienstleistung (Kodier-Audit), Prüftool und webbasierter Technik: myEPA® (Ihre Erlöspotenzial Analyse).





Abb. 1: Prozessbeschreibung myEPA® in Phasen – Schematische Darstellung (Quelle: Eigene Darstellung)

Aus dieser Kombination entstand ein neues Angebot: Wenn bewährtes Tarifwissen mit kontinuierlich weiterentwickelter Technik kombiniert wird, dann können in kurzer Zeit und mit überschaubarem Aufwand erstaunliche Ergebnisse für den wirtschaftlichen Erfolg von Spitälern erzielt werden. Vor dem Hintergrund der ausgeprägten Tarif-Komplexität ist es für die meisten medizinischen Leistungserbringer mit den intern verfügbaren Mitteln, nicht immer möglich, vollständig und valide zu kodieren.

Systematisch Kodierlücken aufspüren

Die Methode wird entsprechend einer Vereinbarung in sieben Phasen (Abb. 1) angewendet und beginnt mit der Übermittlung des anonymisierten Datensatzes der Medizinischen Statistik (BfS-Datensatz). Nach der elektronischen Regelwerkprüfung werden durch Experten im Medizincontrolling Simulationen und eine Trimmung vorgenommen mit dem Ziel der Priorisierung.

Nur für diese getrimmte Stichprobe erfolgt die Prüfung der Primärdokumentation – per Remote oder vor Ort.

Die bearbeitete Fallprüfliste wird in dem hierfür erstellten Portal, myEPA-online®, der Zielgruppe zur Verfügung gestellt. Für jeden Fall werden konkrete Handlungsempfehlungen mit Beleg dokumentiert.

Ein «Live-Monitoring» der betreffenden Fälle im Portal, inkl. Validierung & Rückmeldung, ist ebenso möglich wie die «Live-Berechnung» der jeweiligen Mehrerlösanteile für Spitalkunden.

Der endgültige Entscheid für eine Rekodierung in der letzten Phase liegt immer beim Spital.

Zusätzliche Wertschöpfung und Wissenstransfer

Die MMC AG hat sich seit rund 15 Jahren mit Ihrem Team auf den Bereich Tarife und Erlössicherung im Schweizer Gesundheitswesen spezialisiert. Die Mitarbeitenden kommen selbst fast alle aus dem Spitalumfeld und haben in verantwortlicher Position gearbeitet. Keiner hat eine reine Beraterkarriere hinter sich. Daher kann in idealer Weise auf Kundenbedürfnisse in den Spitälern eingegangen werden.

Um relevante Erlöspotenziale für Spitälern zu heben, hat die MMC AG eine elektronisch unterstützte Dienstleistung geschaffen. Hierbei wird webbasierte Technik mit einem massgeschneiderten Service kombiniert, um die vollständig zustehenden Erlöse je Fall zu erzielen.

Mit myEPA® werden u.a. die Rückmeldungen der Software, von ärztlichen Kodierrevisor(inn)en und Medizincontroller(inne)n analysiert und die Stichprobe für eine vollständige Prüfung anhand der Primärdokumentation vorbereitet. Konkrete Handlungsempfehlungen je DRG-Fall zur Rekodierung und die Unterstützung des Wissenstransfers, auch in die medizinischen Fachbereiche, runden das Angebot ab. Die Handlungsempfehlungen sind deshalb so klar und nachvollziehbar, da praktisch zu jedem einzelnen Code auch die Quelldokumente und Belege über ein Online-Portal mitgeliefert werden.

Ganz wesentlich ist schliesslich folgendes Element: Mit Prüfung der Primärdokumentation durch neutrale externe Tarifexpert(inn)en und webbasierter Dokumentation der Auffälligkeiten, kann ein Wissenstransfer bis in die klinischen Prozesse unterstützt werden.

Wer erzielt welchen Nutzen?

«Unser Angebot ist für Spitälern von Interesse, die den Nutzen eines Kodier-Audits erkennen und eine entsprechende Fehlerkultur etabliert haben», fasst Andreas Gerhard, Geschäftsführer der MMC AG, zusammen. «Auch für Spitälern mit einem Leistungsspektrum der Grund- und Regelversorgung kann unser Angebot interessant sein, da hier nicht immer ein eigenes Medizincontrolling vorgehalten wird. Wichtig in einem solchen Audit ist im Kern das Interesse, Verbesserungspotenzial auch zur klinischen Primärdokumentation aufspüren und nutzen zu wollen.»

Das Potenzial ist in manchen Spitälern erheblich. Das zeigt ein tabellarischer Vergleich von drei unterschiedlichen Spitälern, die seit einiger Zeit ein systematisches Kodier-Audit durchführen:

Die Tabelle stellt nur den kurzfristigen finanziellen Nutzen anhand von drei anonymisierten Praxisfällen dar. Der nicht finanzielle Nutzen einer Analyse, bis in die Details der Primärdokumentation je Fall, besteht u.a. in einer erhöhten Transparenz auf verschiedenen Ebenen von Spitalprozessen und einer höheren Planungssicherheit, z.B. für Budget- und Tarifverhandlungen.

«Die Aufgaben einer Fachbereichsleitung Kodierung oder der Medizincontroller(innen) können je nach Stellenbeschreibung sehr umfangreich sein.

Fallbeispiele: Finanzieller Nutzen in der Akutsomatik	Case 1 (Gesamtjahr)	Case 2 (Gesamtjahr)	Case 3 (Gesamtjahr)
Spitaltyp gemäss Krankenhaustypologie Schweiz	Zentrumspital (K112)	Zentrumspital (K112)	Grundversorger (K122)
Fallzahl: DRG-Austritte pro Jahr	mehr als 20 000	weniger als 20 000	mehr als 5 000
Medizinisch & tarifechnisch auffällige Fälle in % der Grundgesamtheit	18.30 %	19.10 %	12.60 %
Revidierte Fälle mit Auffälligkeiten (Prüfung anhand Primärdokumentation)	461	418	304
Zustehender und realisierter Mehrerlös	CHF 1 000 600	CHF 471 902	CHF 263 355

Tabelle 1: Fallbeispiele der Akutsomatik für Projektergebnisse myEPA®

Diese Funktionen bilden die Schnittstelle zwischen den Klinikern und dem Finanzbereich. Hier wollen und können wir die einzelnen Abteilungen auch methodisch unterstützen», erläutert Madeleine Thoss, Geschäftsfeldleitung myEPA® MMC AG. «Die Ursachen für Fehlkodierungen können fehlende oder unspezifische Eingaben oder auch unspezifische Dokumentationen sein. In dem hochspezialisierten Arbeitsfeld der medizinischen Kodierung kann die durchschnittliche Personalfuktuation zu relevanten Fehlern in den Arbeitsergebnissen führen. Häufiger ist zu beobachten, dass bei zeitkritischen Abläufen – beispielsweise in Notfall- und Intensivabteilungen oder bei internen Verlegungen – in der Routinedokumentation nicht immer alle notwendigen Details verfügbar sind.» Ein typisches Beispiel für einen Prüfalgorithmus ist das folgende:

Beispiel für die Arbeitsweise des medizinisch-tarifechnischen Regelwerkes (MMC-Auditor®): Niereninsuffizienz

Kodiert wurde u.a. eine terminale respektive dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz (ICD: N18.5). Der Fall wurde gemäss den administrativen Daten länger als fünf Tage behandelt und als geheilt entlassen. Auffälligkeit für den Prüfalgorithmus: Offenbar fehlt eine Leistung. Der Kode für eine Dialyse oder vergleichbare Prozedur ist nicht kodiert (z.B. CHOP aus der Kategorie 39.95 ff.) und somit fehlt das Zusatzentgelt.

Madeleine Thoss: «Eine in dieser Konstellation erwartete Leistung fehlt. Somit konnte das entsprechende Zusatzentgelt nicht in Rechnung gestellt werden».

Erkannte Fehlermuster können den klinischen Dialog unterstützen

«Wir orientieren uns bei der Weiterentwicklung unseres Regelwerkes u.a. an Logik und Best Practice, die auch in den Klassifikationen ICD-10-GM und CHOP abgebildet werden, sowie an medizinischen Leitlinien und an evidenzbasierter Medizin», ergänzt Andreas Gerhard. «Wenn in diesem nicht seltenen Fall die Diagnose N18.5 und die Aufenthaltsdauer stimmen, sollte eine Dialyse

stattgefunden haben, sonst wäre der Fall wahrscheinlich nicht als «geheilt» ausgetreten. Es gibt nur wenige Ausnahmen, die etwas anderes zulassen. Wird dieses Manko erkannt, entsteht ein Lerneffekt. In fast jeder DRG-Rechnungsstornierung können Muster identifiziert werden, die einen wertvollen Beitrag für Inhouse-Schulungen und damit zur Etablierung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses leisten.»

Den Lerneffekt für betreffende Fachbereiche bezeichnen beide Interviewpartner als besonders wertvoll. Er entsteht auch immer wieder von Neuem, denn die Regulatorien befinden sich in steter Entwicklung und es finden in der Regel personelle Wechsel in den Kodierabteilungen statt. So schulen die Expert(inn)en der MMC AG in jährlichen Intervallen in zahlreichen Spitälern. «Das verbessert die Kodierqualität und wertet ausserdem die Arbeitsplätze auf», unterstreicht Madeleine Thoss.

Reicht eine SwissDRG Revision nicht aus?

Ist die Qualität der Medizinischen Kodierung nicht durch die jährlich vorgeschriebene ordentliche SwissDRG Revision sichergestellt?

Andreas Gerhard: «Leider nicht in jedem Spital. Die Methode ist eine ganz andere. Im Sampling wird eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen. Also eine quantitative Teilerhebung, in der Regel zwischen 100 und 300 Fällen pro Datenjahr. Die Repräsentativität hier ist auch abhängig von den Rahmenbedingungen in dem die SwissDRG Revision stattfindet.»

Die Verfahren wurden von Statistikern definiert. Warum sollten diese sich irren? (vgl. www.swissdr.org/application/files/3915/2828/5751/SwissDRG_Reglement_Kodierrevision_7.0.pdf, S. 9; abgerufen am 11.09.2019.)

«Wir werden von Spitälern für ganz praktische Dienstleistungen beauftragt. Wir gehen davon aus, dass nicht die Statistik falsch ist, sondern dass der Kontext zu wenig klar ist, in dem diese angewandt wird.»

Ein Beispiel: In einem Spital mit ca. 20 000 Fällen pro Jahr werden ca. 300 Fälle einer ordentlichen SwissDRG Revision gezogen. Wenn hier im Ergebnis zwischen 0 und 14 Fällen storniert und rekodiert werden, dann sind alle Stakeholder mehr oder weniger zufrieden. In diesem Szenario bewegt sich der grösste Teil der Spitäler. 19 700 Fälle wurden jedoch nicht geprüft. Dort können erhebliche Erlöspotenziale liegen, nach denen niemand fragt.

Fünf Aspekte, die es zu beachten gilt

Andreas Gerhard: «Der Kontext für diesen grössten Teil der Grundgesamtheit, den ich meine, betrifft folgende Aspekte:

1. Der Kodierprozess, der zu den Arbeitsergebnissen (SwissDRG-Fällen) führt, enthält eine systemimmanente Reduktion von klinischen Diagnosen und Leistungen.
2. Die Reglemente (u.a. das Kodier-Handbuch) werden nicht von jedem Kodierenden gleich angewandt (Interpretations-Bias).
3. Die Codes der Klassifikationen werden aus der Primärdokumentation herausgelesen. Auch diese Dokumentation ist nicht in jedem Spital mit gleichen Termini sichergestellt (Ungenauigkeit in der medizinischen Terminologie).
4. Die Qualifikation von Kodierteams ist an vielen Orten doch eher inhomogen. Was für Teambildung und Performance durchaus zu begrüssen ist, kann für die Homogenität von Arbeitsergebnissen zu einer Herausforderung werden.
5. Zudem ändern sich die Regulative für Kodierer(innen) jährlich. Dies erhöht die Komplexität wiederum.

In Zusammenschau der oben genannten fünf Punkte sollte erkennbar sein, dass die Repräsentativität von 300 Arbeitsergebnissen (DRG-Fällen) zu 20 000 oder mehr Fällen eher nicht in jedem Kontext gegeben ist. Um dies zu berücksichtigen, müssten multivariate Faktoren in einer SwissDRG Revision integriert werden, was die Sache noch aufwändiger und komplexer machen würde. Als Dienstleister mit Fokus Richtung praktischen Bedarf haben wir darauf verzichtet, dieses Sampling zu übernehmen und ein freiwilliges Audit



Auf die Zukunft freuen sich Andreas Gerhard und sein Team: «Durch eine ständige Weiterentwicklung unseres Prüf-Audits lassen sich Leistungserfassung, Dokumentation, Prozesse und auch Ausbildung und Mitarbeiterführung verbessern. Unsere Empfehlungen unterstützen die korrekte Anwendung von gesetzlichen und tariflichen Grundlagen. Unsere akkreditierten Revisor(inn)en sind Garanten für korrekte Empfehlungen, mit Angabe der Quelldokumente und Einzelbelege, was wir vertraglich vereinbaren. Dieser eigene Qualitätsanspruch ist ein solides Fundament für die Zusammenarbeit mit unseren Kunden.»

Text: Dr. Hans Balmer

Weitere Informationen

MALK Medizin Controlling AG (MMC AG)
 Alpenblickstrasse 20
 8853 Lachen SZ
 Telefon +41 55 412 25 16
 gerhard@medizincontrolling.ch
 www.medizincontrolling.ch

geschaffen. Unser Ansatz im Audit ist ja gerade nicht der Zufall, sondern die logische Identifikation einer Auffälligkeit mittels Algorithmus und deren Validierung mit entsprechendem Beleg.»

Die Millionen-Franken-Abrechnungslücke

«Manchmal finden wir in den gleichen Datenjahren, die nach einer ordentlichen SwissDRG

Revision ohne signifikante Abweichungen bewertet wurden, mit myEPA® die Millionen-Franken-Abrechnungslücke.» (vgl. Tabelle 1).

Die Software-basierte Regelprüfung und das Kodier-Audit können somit die verordnete SwissDRG Revision ergänzen. Korrekte und fehlerfreie Abrechnungen bringen ein Ungleichgewicht wieder ins Lot. Das ist fair, transparent und selbstverständlich konform mit dem Gesetz.

rehaklinik ZIHLSCHLACHT

Wir bringen Sie zurück zu den Dingen, die Sie lieben



Spezialklinik für
 neurologische
 Rehabilitation.
 Schweizweit führend
 in robotergestützter
 Bewegungstherapie.

Rehaklinik Zihlschlacht AG · www.rehaklinik-zihlschlacht.ch



Eine Gesundheitseinrichtung der
 VAMED health.care.vitality. 