

Gesicherte Erträge und reduzierte Rückweisungen unter dem ambulanten Abrechnungstarif TARMED

## Ambulante Erträge sichern

Ambulante Ertragsicherung: «Den Spitälern fehlen über eine halbe Milliarde Franken aus ambulanten Leistungen» – Bezugnehmend auf die Publikation in H+, DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ – Bundeshaus (August 2013 – Nr. 3).<sup>1</sup> Der ambulante Abgeltungstarif TARMED ist nicht der beliebteste Tarif der Schweiz, stellt aber eines der wichtigsten Finanzierungsmodelle in der schweizerischen Spitallandschaft dar. Dennoch fristet der Tarif im Spitalsektor immer noch eine Art «Schattendasein» im Vergleich zum stationären Tarif SwissDRG.



Christian Beth  
Dipl. Betriebsökonom, Produktmanager TARMED  
MALK MEDIZIN CONTROLLING AG



Andreas Mühleemann  
Vorsitzender der Spitalleitung  
Spital Uster



Michael Hirt  
Organisator, Spitaldirektion  
Spital Uster

Die Erfahrungen, die die MALK MEDIZIN CONTROLLING AG (MMC AG) in den letzten zehn Jahren im ambulanten Bereich machen konnte, zeigen, dass in vielen Fällen ein sehr hohes, legales Optimierungspotenzial im Bereich Leistungserfassung, Fakturierung und medizinische Dokumentation in den Spitälern vorhanden ist. Personalwechsel, inadäquate Leistungserfassung, fehlende Prozessstrukturen sowie Unterbesetzungen der Personalressourcen und dadurch entstandene Rückstände in den Fakturierungen können zeitweise zu Liquiditäts-Engpässen und/oder zu ambulanten Verlusten (amb. Kosten > amb. Erträge) führen. Eine kürzlich veröffentlichte Publikation von H+ unterstreicht diese These: «Den Spitälern und Kliniken fehlen über eine halbe Milliarde Franken aus ambulanten Leistungen.»<sup>1</sup>

Aufgrund dieser Ausgangslage wurde ein Konzept/Vorgehen für Spitälern und Kliniken entwickelt, um sowohl die Erträge langfristig zu sichern als auch den Prozess der Leistungserfassung nachhaltig zu optimieren. Eine enge Zusammenarbeit mit den involvierten Fachgruppen/Fachspezialisten (Ärzterschaft, Pflege und Verwaltung) des Spitals ist für eine langfristige Wirkung von entscheidender Bedeutung, um das Ziel einer vollständigen Leistungserfassung erreichen zu können (**nur** Verrechnung von regelkonformen Leistungen).

### 1. TARMED-Revision: Ermittlung potentieller ambulanter Finanzierungslücken

Die Leistungsrevision ist im ambulanten Abgeltungsbereich eine grundlegende Massnahme

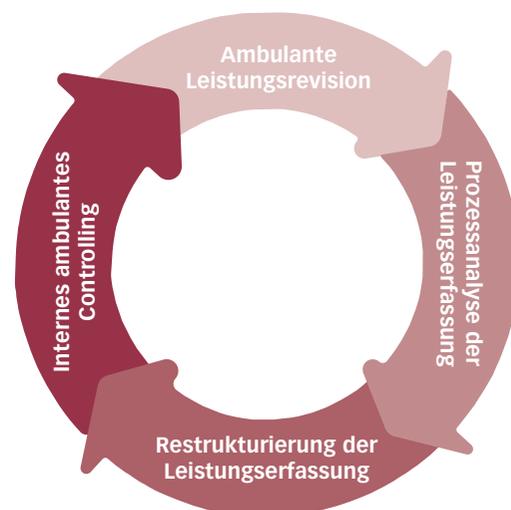


Abbildung 1: Konzept zur Sicherung der ambulanten Erträge im Spital (Quelle: MMC AG)

<sup>1</sup> H+, DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ – Bundeshaus (August 2013 – Nr. 3): Martin Bienlein – Finanzierungslücke bei ambulanten Leistungen; Download 20.09.13: [http://www.hplus.ch/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/H\\_\\_Bundeshaus/archiv\\_de/2013/H\\_\\_Bundeshaus\\_3\\_13\\_Web.pdf](http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Publikationen/H__Bundeshaus/archiv_de/2013/H__Bundeshaus_3_13_Web.pdf)

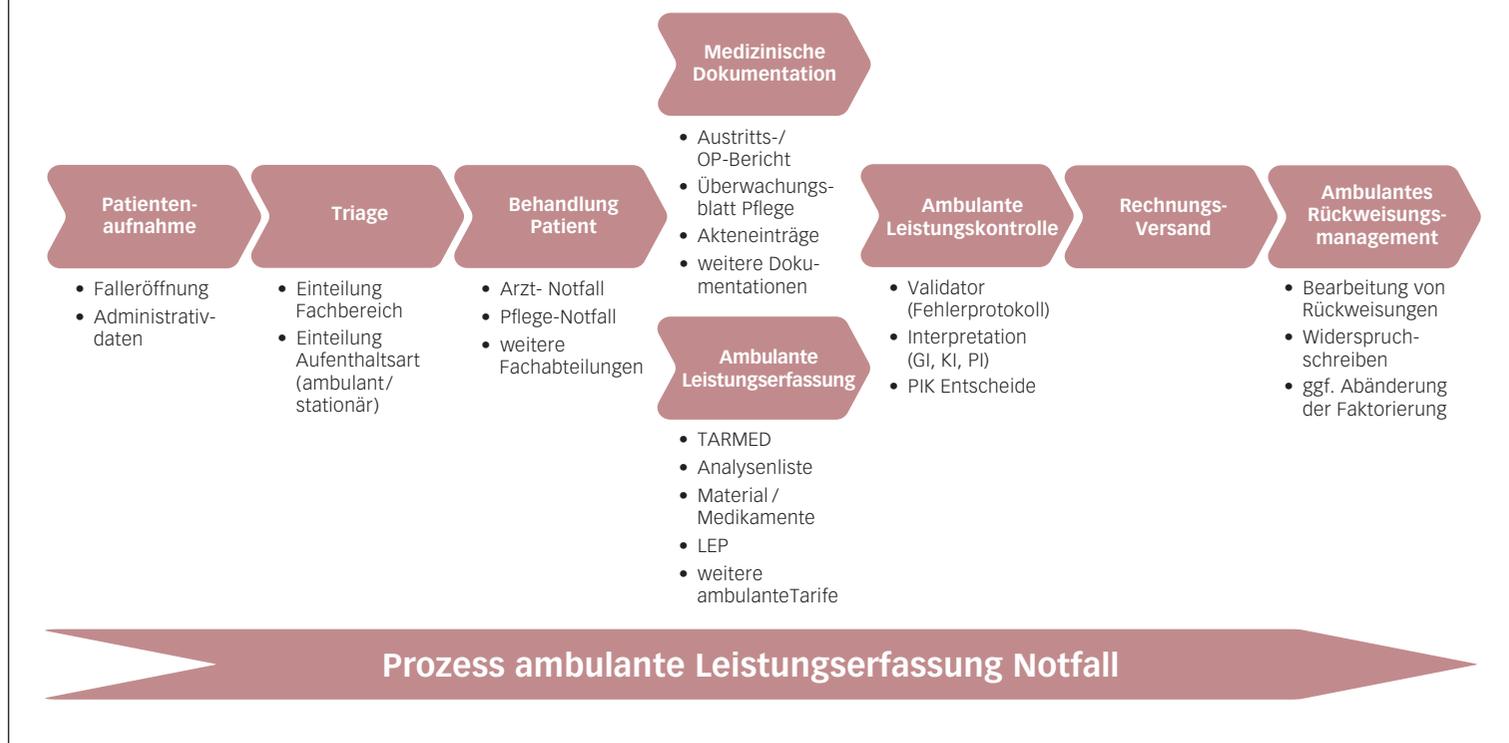


Abbildung 2: Prozessanalyse am Beispiel einer Notfallabteilung (Quelle: MMC AG)

zur Sicherung der korrekten und vollständigen Abrechnung sowohl aller ambulanten medizinischen Leistungen (anwendbaren Tarife: TARMED, Analysenliste, usw.) als auch sämtlicher verwendeten Material- und Medikamenten-Positionen. Anhand repräsentativer Stichprobenfälle, die dem Leistungsspektrum der Fachabteilung bzw. dem ganzen Spital entsprechen, wird die ambulante Faktura auf mögliche Schwachstellen durchleuchtet. Ausgangspunkt bildet dabei die medizinische Dokumentation.

Folgende Faktoren stehen dabei im Vordergrund der Untersuchung:

- Rechnungskontrolle anhand der medizinischen Dokumentation der Leistungserbringer (ambulante Krankengeschichte)
- Überprüfung der Fälle auf Verrechenbarkeit, Vollständigkeit und Korrektheit (u.a. Leistungen diverser ambulanter Tarife und Kontrolle/Überprüfung Material und Medikamente)
- Quantitative und qualitative Beurteilung der Leistungserfassung
- Abschätzung der potenziell durchgeführten Leistungen und Abgleichung anhand anerkannter TARMED-Validatoren
- Berücksichtigung sämtlicher Tarif-Regeln, PIK-Entscheide und Regeln von Krankenkassen
- Empfehlungen für eine Verbesserung und Optimierung der Fakturierung
- Vergleich/Benchmark zu anderen Spitälern und Kliniken.

Die Erfahrungen, die die MMC AG in den letzten Jahren machen konnte, zeigen, dass

ein legales Optimierungspotential (nicht verrechnete, jedoch erbrachte Leistungen) zwischen 80.– und 100.– Franken pro ambulanten Patientenfall kein Einzelfall darstellt. Dies ist mit dem von HPlus publiziertem Potenzial deckungsgleich.

## 2. Ambulante Prozessanalyse: IST- und Schwachstellen-Analyse des Prozess der Leistungserfassung

Eine bereits häufig genannte Schlussfolgerung im Zusammenhang mit den ambulanten Ertragseinbussen ist sicherlich in der fehlenden Leistungserfassung der Leistungserbringer zu suchen. Aber wie bereits erwähnt, stellt dieses nur einen Grund unter vielen dar. Häufig wird in diesem Zusammenhang vernachlässigt, dass sowohl der gesamte Prozess als auch jeder einzelne Prozessschritt der Leistungserfassung auf eine vollständige Erfassung ausgerichtet sein muss. Im Detail hat dies zur Folge, den gesamten Prozess der ambulanten Leistungserfassung auf mögliche Schwachstellen zu durchleuchten und diese im Anschluss zu optimieren bzw. den Prozess neu zu gestalten. Dabei können sowohl das ganze Spital als auch einzelne Fachbereiche analysiert werden. In der Abbildung 2 ist ein Beispiel zur Prozessanalyse im Spital dargestellt.

Gemäss unserer langjährigen Erfahrung eignen sich im Rahmen der TARMED-Analyse und Prozessanalyse vor allem die Notfallabteilung sowie die Tagesklinik als «Untersuchungsgegenstand». Unter anderem aufgrund ständig wechselnden

Personals vor allem im Bereich der Assistenzärzte als auch aufgrund der unzureichenden Tarifkenntnisse, besteht in diesen Bereichen hohes Optimierungspotential.

Von entschiedenem Vorteil bei der Durchführung beider genannter Analysetechniken ist es, Personal einzusetzen, welches auf langjähriges administratives, ärztliches und pflegerisches Praxisverständnis (aus den Bereichen Patientenadministration, Notfall, OPS, Anästhesie und Sprechstunden) zurückgreifen kann. Die entsprechende Berufs- und Prozess Erfahrung ermöglicht eine exakte Leistungskontrolle und dementsprechende Lösungsansätze zu eruieren und umzusetzen.

## 3. Restrukturierung des Prozesses Leistungserfassung: Langfristige Sicherung der Erträge durch Prozessoptimierungen

Um das Ziel einer vollständigen Leistungserfassung<sup>2</sup> umsetzen zu können, müssen diverse Faktoren berücksichtigt werden. Von Seiten des Spitals müssen grundlegende Entscheidungen getroffen werden, die die Prozessoptimierung massgeblich beeinflussen. Eine reine Umgestaltung der Leistungserfassung reicht häufig nicht aus, eine vollständige Leistungserfassung zu gewährleisten. Jeder einzelne Prozessschritt (siehe Abbildung 2) muss zwangsläufig mit in die Prozessumgestaltung mit eingebunden werden. Diese ganzheitliche Betrachtungsweise bildet die Grundlage einer erfolgreichen Restrukturierung.

<sup>2</sup> «Alle Leistungen (Material, Medikamente, TARMED-Positionen und LEP-Leistungen), die am Patienten erbracht wurden, müssen dem Patienten verrechnet werden.»

Als kurzes Beispiel dazu sind u. a. folgende Kernfragen im Rahmen der Leistungserfassung zu beantworten:

- Wer ist für die Leistungserfassung zuständig?
- Wer ist für die Kontrolle der Leistungserfassung zuständig?

- Wie hat die Leistungserfassung zu erfolgen?
- Welche zeitlichen Vorgaben müssen eingehalten werden?

Bezieht man diese grundlegenden Fragestellungen nun exemplarisch auf die Notfallabteilung, stellt man in den einzelnen Spitälern wiederholt

fest, dass die Leistungserfassung der Ärzte und Pflege getrennt voneinander erfolgt. Eine klare Kompetenzregelung, wer welche Leistungen (gerade im Zusammenhang mit der gemeinsamen Leistungserbringung) zu erfassen hat, ist häufig nicht vorhanden. Aufgrund fehlender Kontrollmechanismen, fehlendem Tarifwissen sowie der zeitlich begrenzten Anwesenheit der Assistenzärzte auf dem Notfall (zwischen drei und sechs Monate) macht es durchaus Sinn, die komplette Leistungserfassung durch die Pflege durchführen zu lassen.

Da das Pflegepersonal als Einheit weitestgehend zusammen bleibt (Kontinuität) und den gesamten Behandlungsprozess des Patienten beurteilen kann, sowie der Schulungsaufwand des Personals als auch der Kontrollaufwand der Leistungserfassung im Vergleich zur Ärzteschaft deutlich geringer ausfällt, haben die Erfahrungen der MMC AG im Bereich des Notfalls gezeigt, dass die Wahl «einer vollständigen Leistungserfassung durch das Pflegepersonal» der richtige Weg zur Sicherung der ambulanten Erträge sein kann.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden muss, ist die Methode der Leistungserfassung. In vielen Spitälern wurden zur Einführung des ambulanten Tarifs Blöcke kapitelbezogen zusammengestellt, aus denen sich die Leistungserbringer für die richtigen Positionen entscheiden müssen. Diese selbst zusammengestellten Blöcke werden meist nur marginal aktualisiert und aufgrund des fehlenden Tarifwissens werden häufig wichtige Positionen nicht erfasst oder es ist nicht eindeutig, welche Position man verwenden darf/muss. Genau an diesem Punkt setzen die Blockleistungen als Medium der Leistungserfassung an. Blockleistungen stellen Leistungen dar, die für eine standardisierte Behandlung zusammengestellt und definiert werden. Sie orientieren sich stark an den Behandlungspfaden der jeweiligen Fachabteilung. Die notwendigen Einzelleistungen (fixe und optionale Positionen), die im Rahmen der Behandlung durchgeführt werden, werden aus den TARMED-Positionen zu einem Block zusammengestellt. Zusätzlich können diese Blöcke sowohl mit Material- und Medikamentenpositionen als auch mit Positionen anderer Tarife (z.B. Analysen-Liste) ergänzt werden.

#### 4. Nachhaltige TARMED-Kontrolle

Ein weiterer wichtiger Schritt, um die ambulanten Erträge langfristig zu sichern und die ambulanten Rückweisungen deutlich zu verringern, liegt in der TARMED-Kontrolle auf Seiten der Patientenadministration (oder auch an die med. Fachabteilung angelagerte Kontrollinstanz). Eine Kontrolle auf Basis der medizinischen Dokumentation des

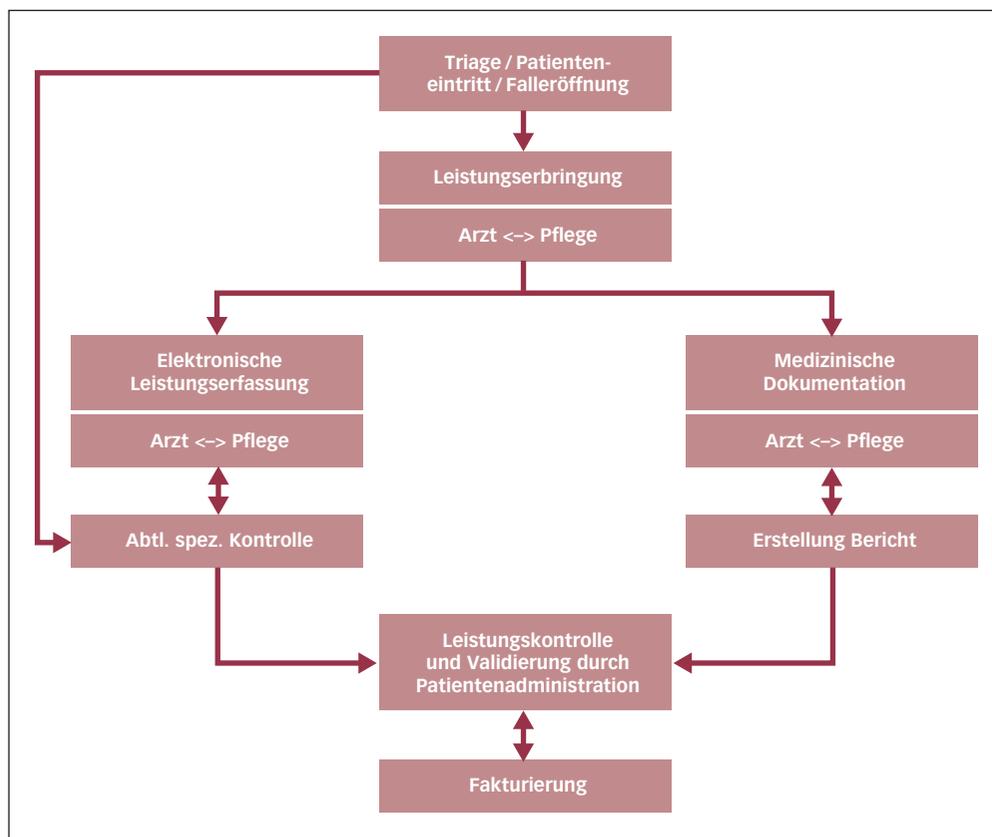


Abbildung 3: Restrukturierung am Beispiel einer Notfallabteilung (Quelle: MMC AG)

RQW untere Extremitäten	
00.0010	Konsultation, erste 5 Min. (Grundkonsultation)
00.0020	+ Konsultation, jede weiteren 5 Min. (Konsultationszuschlag)
00.0030	+ Konsultation, letzte 5 Min. (Konsultationszuschlag)
00.0050	Vorbesprechung diagnostischer / therapeutischer Eingriffe mit Patienten/Angehörigen durch den Facharzt, pro 5 Min.
00.0410	Kleine Untersuchung durch den Facharzt für Grundversorgung
00.0790	Injektion, intramuskulär (Bestandteil von «Allgemeine Grundleistungen»)
00.1190	Lokalanästhesie mittels Injektion in Haut/Subkutis/Schleimhaut: übrige Lokalisationen, bis 20cm²
04.1030	Wundversorgung ohne Einbezug komplexer Strukturen, übrige Lokalisationen, erste 6 cm
04.1040	+ Wundversorgung ohne Einbezug komplexer Strukturen, übrige Lokalisationen, jede weiteren 6 cm
00.2285	Nicht formalisierter Bericht, 11 bis 35 Zeilen Text
00.2295	+ Nicht formalisierter Bericht, jede weiteren 35 Zeilen Text
35.0610	Eintrittspauschale in die anerkannte Notfallaufnahme
35.0510	Nichtärztliche Betreuung ambulanter Patienten ausserhalb der Tagesklinik, ambulanter Patient, erste 60 Min.
35.0520	+ Nichtärztliche Betreuung ambulanter Patienten ausserhalb der Tagesklinik, ambulanter Patient, jede weiteren 60 Min.

Abbildung 4: Blockleistung RQW untere Extremitäten (Quelle: MMC AG)

Arztes und der Pflege sichert eine deutlich höhere Fakturierungsqualität. Der Patientenadministration kommt in diesem Zusammenhang die Funktion als Bindeglied zwischen der ambulanten Leistungserfassung auf der einen Seite und der Rechnungserstellung/-versand auf der anderen Seite zu. Hierbei wird insbesondere die Korrektheit und Vollständigkeit der Leistungserfassung überprüft. Geeignete Gegenmassnahmen könnten ggf. eingeleitet werden, um der Fehl- bzw. Nichterfassung entgegenzusteuern.

## 5. Praxiserfahrung eines Regional-spirals: Restrukturierung der Leistungserfassung Notfall

Nach Abschluss der Analyse mit der Firma MALK MEDIZIN CONTROLLING AG (MMC AG) galt es, die erarbeiteten Blockleistungen in den klinischen Patientendokumentationsprozess zu integrieren. Der bestehende Ertrags-GAP aus erbrachten und nicht erfassten Leistungen musste geschlossen werden.

Für die Umsetzung der Leistungserfassung waren im Spital Uster folgende drei Fragestellungen zentral:

1. Wie kann der Erfassungsaufwand für die an der Patientenbehandlung beteiligten Wissensträger vereinfacht werden?
2. Wie kann das komplexe Tarif- und Regelwerk (TARMED) und LEP für den Endanwender verständlich präsentiert werden?
3. Wie können zukünftig Veränderungen bezüglich Leistungsinhalten, insbesondere betreffend Material und Medikamente effizient gepflegt werden?

Diese drei Fragestellungen haben wir mit unserem Klinikinformationssystem (Phoenix) beantworten können. Die Leistungserfassung ist direkt mit der Patientendokumentation verbunden und erfolgt über eine neu entwickelte Oberfläche, welche auf den bestehenden Katalogstrukturen (TARMED, LEP usw.) aufsetzt.

Der Leistungserfasser wird bei der Erfassung ausgehend von einer integralen, umfassenden Blockleistung geführt (z. B. Wundversorgung), und kann die freien Parameter vervollständigen und Abweichungen zum vordefinierten Standardpfad erfassen, sowie allfällige Zusatzleistungen ergänzen. Der Zeitaufwand pro Patient für den TARMED-Bereich liegt deutlich unter einer Minute. Die Pflegeleistungen (LEP) werden nach demselben Prinzip ergänzt. Bei den Medikamenten schliesslich steht dem Benutzer eine vordefinierte Artikelliste zur Verfügung, aus der Medikamente und Material per Knopfdruck erfasst werden können. Die Artikelvorschlagsliste wird mit der Benutzung der Leistungserfassung im Sinne eines lernenden Systems laufend aktuell gehalten. Die erfassten Leistungen können über eine Kontrolloberfläche überprüft und an das Abrechnungssystem geschickt werden.

Das neue System ist nach einer Entwicklungszeit von knapp neun Monaten anfangs September produktiv gegangen. Die ersten Erfahrungen sind sehr positiv. Die Leistungserfassung beansprucht über alles weniger als fünf Minuten pro Patient und liefert vollständige Leistungen. Gemeinsam mit der Firma MMC AG konnte das Spital Uster das Ziel «der leistungsgerechten Leistungserfassung» erreichen.

### Weitere Informationen

MALK MEDIZIN CONTROLLING AG  
Alpenblickstrasse 20, 8853 Lachen SZ

malk@medizincontrolling.ch  
www.medizincontrolling.ch

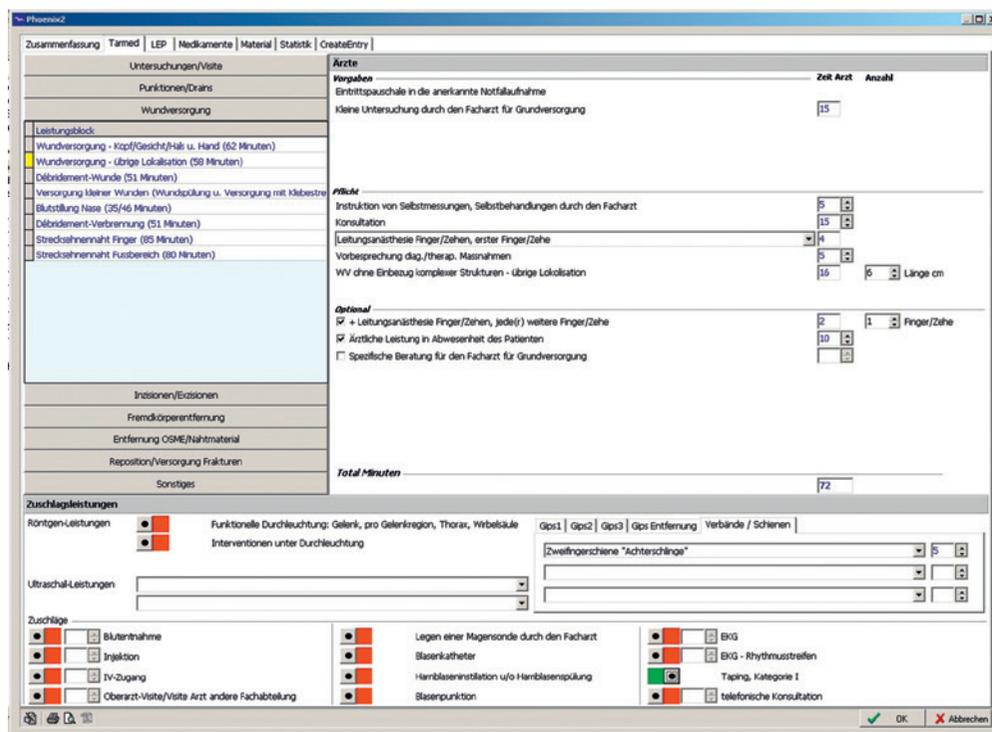


Abbildung 5: Beispiel einer Benutzeroberfläche im Phönix (Quelle: Spital Uster)



Abbildung 6: Oberfläche Leistungcontrolling (Quelle: Spital Uster)