

Der Vertrauensarzt ist kein Rechnungskontrolleur

Die Fallpauschalen sind da – die ersten SwissDRG-Rechnungen sind bei den Krankenversicherern eingetroffen. Was noch fehlt, sind die für die Rechnungskontrolle relevanten Diagnose- und Prozeduren-Daten, damit die Rechnungskontrolle ihre positiven Effekte im Sinne des Prämienszahlers entfalten kann: Dank der Rechnungskontrolle werden pro Jahr rund eine Milliarde Franken eingespart. Marc Stettler, Spezialist der automatischen Rechnungsprüfung bei der Visana Services AG, gewährt Einblick in seine bisherigen Erfahrungen.

Seit Januar wird mit SwissDRG abgerechnet. Was sind Ihre Erfahrungen damit?

Es ist ein eher zögerlicher Start. Wir erhalten vereinzelt elektronische Rechnungen zum Testen der Anbindung und zum Überprüfen der Datenqualität. Der Grossteil der SwissDRG-Rechnungen trifft auf Papier bei Visana ein. Noch scheinen nicht alle Spitäler den Sprung ins neue System gemacht zu haben.

Wieviele Spitäler liefern auf Papier?

Aktuell rund 98 Prozent.

Werden Ihnen Diagnose- und Prozedurendaten systematisch zur Verfügung gestellt?

Nein, wir erhalten noch keine systematisch gelieferten Diagnose- oder Prozedurendaten. Die Leistungserbringer warten auf die Verordnung mit den näheren Bestimmungen zur Datenübermittlung. Bis diese Verordnung erlassen wird, fordern wir bei zu prüfenden Fällen die medizinischen Unterlagen an.

Welche Daten werden von den Spitälern angeliefert?

Zum heutigen Zeitpunkt erhalten wir die DRG (Fallgruppe), Behandlungsbeginn und -ende sowie allfällige Urlaubstage

während des Aufenthaltes. Es fehlen aber Diagnose- oder Prozedurendaten sowie Beatmungstunden.

Wie gestalten Sie die Triage in Bezug auf Rechnungen, welche vertieft geprüft werden sollen?

Da die Diagnose- und Prozedurendaten bei der Triage nicht zur Verfügung stehen, müssen wir uns auf die vorhandenen Daten beschränken, im Wesentlichen auf die DRG, also Fallgruppe. Die DRGs wurden durch uns im Vorfeld der Einführung auf ihr Prüfpotenzial untersucht. Diese Untersuchung führte zu einer Kriterienliste, welche die vertieft zu prüfenden DRGs enthält.

Welche Daten müssten Sie für eine ideale Rechnungskontrolle erhalten?

Um die gesetzlich vorgeschriebene Rechnungskontrolle wahrnehmen zu können, müssen wir über alle Diagnosen- und Prozedurendaten, sowie die weiteren gruppierrelevanten Daten (Beatmungstunden, Geburtsgewicht, ...) verfügen können. Nur so ist es uns möglich, die Rechnungen effizient mit einem elektronisch hinterlegten Regelwerk automatisch zu prüfen und gezielte Rückfragen an die Leistungserbringer zu stellen, wo dies nötig erscheint.

Wie gehen Sie damit um, dass Sie nicht alle relevanten Daten erhalten?

Gezielte Rückfragen sind so nicht möglich und es wäre wesentlich einfacher, wenn wir von Beginn weg alle Daten erhalten würden.

Haben Sie den vertrauensärztlichen Dienst seit Einführung der Fallpauschalen aufgestockt?

Wir haben Mitarbeitende zu Codierspezialisten weitergebildet und das Team durch ärztliche Codierer ergänzt. Durch

Rechnungen, die genauer kontrolliert werden sollten

- Inlier-Fälle, die merklich kürzer hospitalisiert sind als die durchschnittliche Verweildauer der entsprechenden DRG-Fallgruppe (Möglicher Fehler: falsche Diagnose auf der Rechnung).
- Fälle, die nach einem stationären Austritt vom Spital gleichentags oder am darauffolgenden Tag in einer anderen stationären Institution zur Behandlung aufgenommen worden sind (Möglicher Hintergrund: zu frühe Entlassung).
- Fälle, die innerhalb von 18 Tagen seit Austritt rehospitalisiert oder die innerhalb von 18 Tagen nach Verlegung rückverlegt werden, und mit anderer DRG (Fallpauschale)/anderer MDC (Hauptdiagnosegruppe) abgerechnet werden, sofern der Fallpauschalenkatalog nach SwissDRG nicht eine «Ausnahme von Wiederaufnahme» vorsieht (Möglicher Fehler: Bei Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen darf kein neuer Fall eröffnet werden).
- Prüfung von A- und B- allenfalls C-Schweregraden (letzte Ziffer beim DRG), sofern DRG bestehen, die noch nach weiteren Schweregraden unterscheiden (Möglicher Fehler: Es wurde ein zu hoher Schweregrad verwendet).
- DRG-Fallgruppen, welche der MDC 23 «Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und andere Inanspruchnahme des Gesundheitswesens» sowie der Kategorie «Fehler-DRGs und sonstige DRGs» zuzuordnen sind (Blindflugangabe, die kontrolliert werden muss)*.

*Rundschreiben tarifsuisse ag vom 2/2012

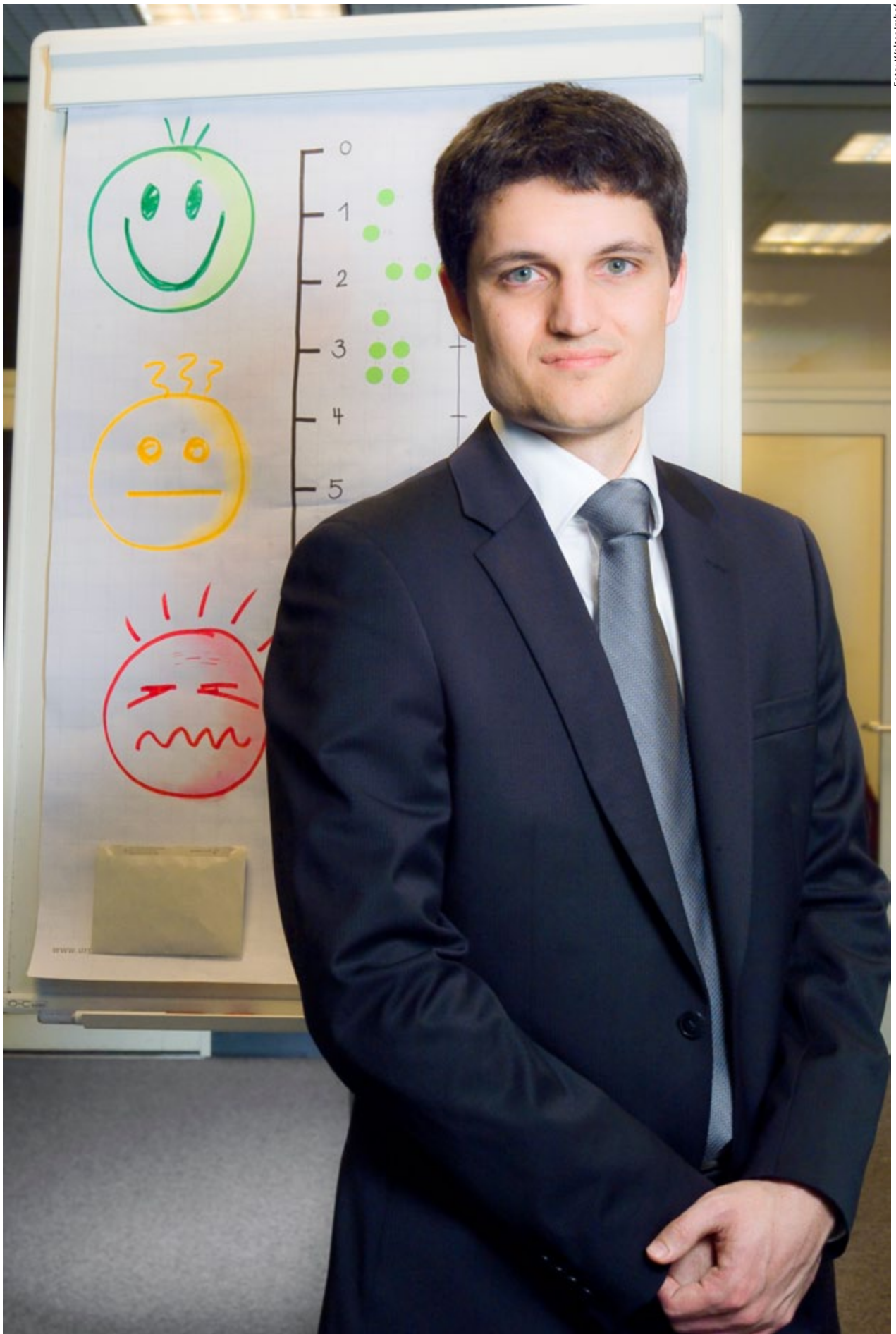


Foto: Walter Imhof

Marc Stettler, Spezialist für die automatische Rechnungsprüfung bei Visana, erklärt die komplexe automatische Rechnungskontrolle.

diese Massnahmen sind wir, so glaube ich, gut für die Zukunft gerüstet.

Wann fällt unter den jetzigen Bedingungen – einzig aufgrund der DRG-Nummer – eine Rechnung auf?

Wenn sie einem Kriterium auf unserer manuellen Prüfliste entspricht oder wenn sie einem unserer erfahrenen Sachbearbeiter prüfenswert erscheint, etwa bei einem aufgrund der (codierten) Diagnose unverhältnismässig langen Aufenthalt im Spital.

Welche Rechnungen kontrollieren Sie prinzipiell genauer?

Es gibt bestimmte Fallkonstellationen, die wir prinzipiell immer unter die Lupe nehmen. Ein Beispiel dafür ist die Rückverlegung ins ursprünglich behandelnde Spital innerhalb von 18 Tagen. Weiter kontrollieren wir die Fehler-DRGs, da wir bei diesen letztlich überhaupt nicht wissen, was wir eigentlich da genau bezahlen sollen. Ein Beispiel für eine Fehler-DRG ist die 901A, welche auftritt, wenn zu einer Hauptdiagnose nur Prozeduren kodiert werden, welche nicht im Zusammenhang mit dieser stehen können. Oder die 961Z, die erscheint, wenn eine unzulässige Hauptdiagnose in den Grupper eingegeben wurde.

Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit den Spitälern?

Wir hatten mit APDRG ja bereits einen Testlauf und konnten dort zusammen Erfahrungen sammeln. Darauf aufbauend hat sich eine gute Zusammenarbeit entwickelt und ich denke, wir verstehen die jeweiligen Anliegen des Gegenübers sehr gut. Klar gibt es ab und zu Meinungsdivergenzen, aber es ist immer ein Geben und ein Nehmen.

Was muss die neue Verordnung zur Datenübermittlung für Sie zwingend enthalten?

Die neue Verordnung muss zwingend regeln, welche Daten zu übermitteln sind. Diese werden beim Eintreffen durch unser Regelwerk geprüft und an die richtige Stelle weitergeleitet. Es ist also keine Option, alle Rechnungen an den Vertrauensarzt zu schicken.

Im Rahmen des Vergütungsmodells nach DRG haben medizinische Angaben grundsätzlich Vergütungsrelevanz und sind im Rahmen der Rechnungskontrolle unverzichtbar. Inwiefern?

Die medizinischen Daten wirken sich unmittelbar auf die Bestimmung der Fallgruppe aus. Beispielsweise ist es bei den Neugeborenen wichtig, wie schwer diese sind. Je nach Gewicht gibt es eine andere DRG und letztlich eine andere Entschädigung. Auch die Diagnosen haben einen entscheidenden Einfluss. Eine Begleiterkrankung kann in einem Fall relativ harmlos sein und in einem anderen Fall relativ schwer wiegen. Dies schlägt sich dann auch in der DRG nieder. Aus diesem Grund ist es immer wichtig nachvollziehen zu können, warum in einem Fall eine bestimmte Fallgruppe erreicht wurde und nicht eine andere.

Stichwort: Fallpauschale (DRG)

Das wichtigste Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Schweregrad, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht und weitere Faktoren. Diese Angaben werden in die Gruppierungssoftware (Grouper) eingespeist und einer Fallgruppe zugewiesen (DRG). Jede Fallgruppe (z.B. Blinddarm-OP) hat schweizweit dasselbe Kostengewicht (0,624). Dieses wird mit dem Basispreis (ausgehandelt zwischen Versicherern und Spitälern oder festgesetzt durch den Kanton) des jeweiligen Spitals multipliziert und ergibt die Höhe der entsprechenden SwissDRG-Fallpauschale (Beispiel Zürich: Provisorisch festgesetzter Basispreis 9500 Franken: $0,624 \times 9500 = 5928$ Franken*).

* infosantésuisse 2/11, S. 10/11, Glossar zu SwissDRG. Abonnenten können die Ausgabe online abrufen auf www.santesuisse.ch.

Bei wie vielen Spitalrechnungen holen Sie ergänzende Angaben bei den Leistungserbringern ein?

Wir werden bei rund 10 bis 20 Prozent der Rechnungen zusätzliche Angaben zu den systematisch übertragenen Daten beim Leistungserbringer einfordern müssen. Dies ist in Analogie zu Erfahrungen aus Deutschland.

Was bringen die von Ihnen zusätzlich eingeforderten Daten?

Diese Daten werden von uns dazu verwendet, den Fall zu plausibilisieren. Es kann vorkommen, dass jemand bei der Codierung unabsichtlich einen falschen Code genommen hat oder sich vertippt hat. Wir sagen, wenn die Geschichte, welche uns durch die eingeforderten Daten erzählt wird, mit der Codierung übereinstimmt, dann ist die Rechnung in Ordnung.

Wieviele Rechnungen weisen Sie zurzeit zurück? Aus welchen Gründen?

Aus tariflichen und medizinischen Unstimmigkeiten werden wir mit dem neuen Fallpauschalensystem vermutlich rund sechs Prozent der Rechnungen beanstanden. Dies wird zu einer Reduktion von rund drei Prozent der gesamten Leistungskosten führen. Auch diese Zahlen basieren auf Erfahrungen aus Deutschland.

Wie viele haben Sie vor SwissDRG, also bis anhin, zurückgewiesen?

Bereits heute weisen wir rund sieben Prozent der Rechnungen zurück.

Gibt es Probleme mit Reha- und Psychiatrierechnungen?

Wie für die Akutbehandlungen hat sich auch für Reha und Psychiatrie die Finanzierung insofern geändert, dass alle Kliniken mit Leistungsauftrag vom Kanton mitfinanziert werden. Der Tarif nach SwissDRG hingegen gilt für diese Kliniken nicht, somit auch nicht die vorgesehene elektronische Rechnungsstellung. Die elektronische Rechnungsstellung wird von uns aber auch im Reha- und Psychiatriebereich angestrebt.

INTERVIEW: SILVIA SCHÜTZ