



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi



Fokus 28.10.2016

Komplexbehandlungen unter SwissDRG: Der Dialog zwischen Versicherern und Leistungserbringern lohnt sich

Mit Komplexbehandlungen werden Leistungspakete in besonderen stationären Leistungsstrukturen wie beispielsweise in der akutgeriatrischen Rehabilitation oder auf einer Palliativabteilung abgebildet. Da diese im DRG-System relativ hoch bewertet sind und über zahlreiche Anforderungen verfügen, werden sie von den Krankenversicherern oft systematisch überprüft. Diese Prüfungen sind aufwendig und binden Ressourcen nicht nur bei den Versicherern, sondern auch bei den Spitälern. Rechnungskorrekturen nach unten gibt es nur selten. curafutura evaluiert in Zusammenarbeit mit einigen Spitälern, Fachgesellschaften und tarifsuisse alternative Lösungsansätze, mit welchen man den administrativen Aufwand reduzieren und somit auch Einsparungen zu Gunsten der Versicherten erzielen kann.

Die stationären Leistungen werden in den Akutspitälern seit 2012 nach DRG (diagnosebezogene Fallgruppen) vergütet. Die Zuweisung eines Patienten in eine der mehr als 1'000 Fallgruppen erfolgt unter anderem durch die im Spital durchgeführten Leistungen, sogenannte «Prozeduren». Zu diesen zählen neben den therapeutischen Massnahmen (wie z.B. chirurgische Eingriffe) die besonders aufwendige Pflege und Diagnostik.

Die Prozeduren der Komplexbehandlungen werden durch zahlreiche Strukturvoraussetzungen und Durchführungsmerkmale definiert. Diese sind im «Katalog der Schweizerischen Operationsklassifikation (CHOP)» aufgelistet. Damit das Spital die Komplexbehandlungen abrechnen kann, muss zudem eine bestimmte Anzahl Therapieeinheiten durchgeführt und dokumentiert werden.

Aufwendige Prüfung

Die Krankenversicherer sind gesetzlich verpflichtet die Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit (WZW) der in Rechnung gestellten Leistungen zu überprüfen. Für die Einzelfallprüfung einer Komplexbehandlung muss beim Spital in der Regel die komplette Patientendokumentation angefordert werden. Da diese Prüfung besondere Kenntnisse erfordert, wird sie bei den Versicherern von medizinischen Kodierern bzw. von speziell dafür ausgebildeten Mitarbeitern durchgeführt. Oft werden auch Vertrauensärzte in die Beurteilung involviert. Dies bedeutet einen signifikanten administrativen Aufwand für die Versicherer. In fraglichen Fällen folgt eine schriftliche Nachfrage bzw. Beanstandung beim Spital.

«Der Aufwand für das Spital ist in jedem Fall erheblich, besonders wenn die komplette Dokumentation verlangt wird. Im Schnitt werden für Rückweisungen pro Woche 4 Stunden Kaderarzt, 4 Stunden Verwaltung und eine Stunde Besprechung mit den Kodierern veranschlagt. Nicht dazu gerechnet werden Briefe an die vertrauensärztlichen Dienste und Diskussionen mit denjenigen Kassen, die quasi systematisch alle Aufenthalte in Geriatrien ablehnen», erklärt Dr. med. Thomas Münzer, Chefarzt der Geriatrischen Klinik St. Gallen AG und Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie.

Kommt hinzu, dass einige der CHOP-Kriterien oft interpretationsbedürftig formuliert sind – so verstehen die



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovants
Gli assicuratori-malattia innovativi

Versicherer eine bestimmte Formulierung anders als die Spitäler. Da es in der Schweiz keine Schlichtungsinstanz für solche Fälle gibt, kann sich die Überprüfung eines einzigen Falles über Monate hinweg ziehen.

Kleine Einsparungen

«Die Zahl der Rückweisungen im Rahmen der Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung lag bei der Geriatrischen Klinik St. Gallen AG im 2014 bei 82 und im Jahr 2015 bei 118. Die DRG musste in zwei Jahren in 4 Fällen nach unten korrigiert werden. In beiden Jahren wurden um 900 Komplexbehandlungen durchgeführt», hebt Dr. med. Thomas Münzer hervor.

Nach der Überprüfung eines Viertels der Rechnungen durch die Versicherer musste somit das Spital lediglich bei 2 % der Fälle eine Rechnungskürzung vornehmen.

Bleibt damit die «Zweckmässigkeit» auf der Strecke? Die Antwort ist ein klares «ja». Darum hat curafutura mit den Vertretern der Palliativmedizin und der Geriatrie folgende Lösungsvorschläge thematisiert.

Alternative 1: Durchführung von «Versichertenaudits»

Anstelle von systematischen Einzelfallprüfungen würden die Versicherer bzw. ihre Verbände auf Audits bei ausgewählten Leistungserbringern setzen. Im Rahmen dieser Audits würden einerseits die Erfüllung der strukturellen Merkmale der Abteilungen vor Ort verifiziert und andererseits die Kodierung stichprobenweise anhand der Patientendokumentation überprüft. Stellt sich heraus, dass das Spital alle nötigen Voraussetzungen erfüllt, kann auf eine systematische Prüfung für eine definierte Dauer verzichtet werden.

Alternative 2: Anerkennung der Behandlungsqualität der zertifizierten Behandlungszentren

Die Anerkennung der Qualitätsstandards von zertifizierten Behandlungszentren ist eine weitere interessante Alternative. Die fachspezifischen Zertifikate gibt es zurzeit leider nicht in allen Bereichen der Komplexbehandlungen. Einige Anbieter, wie der Verein «qualitépalliative», führen Zertifizierungen sowie regelmässige Rezertifizierungsaudits im Bereich der Palliative Care durch. Mit der Anerkennung solcher Qualitätslabels würden die Versicherer diese als Grundlage für die qualitätsorientierte Leistungserbringung im Sinne der CHOP-Mindestmerkmale und darüber hinaus akzeptieren. Auch hier würden die Versicherer auf eine systematische Prüfung aller Fälle verzichten und durch regelmässige Stichproben die Qualität der Kodierung und der Dokumentation überprüfen.