



# Rechnungsberge abtragen

## EDV-unterstützter Prozess für den Fallabschluss

**■** Das DRG-System führt in vielen Häusern zu einem Dilemma bei der Abrechnung: Einerseits sollen stationäre Behandlungsfälle zügig abgerechnet werden, um Liquiditätslücken und mögliche Zinsaufwände zu vermeiden. Andererseits müssen Fälle aufwändiger geprüft werden, da die Erlöse direkt von der Kodierung und DRG-Dokumentation abhängen. Fehler in beiden Richtungen – Ungenauigkeiten oder Verzögerungen – können empfindliche Ertragseinbußen zur Folge haben. Im Annastift Hannover wurde frühzeitig ein mehrstufiger und EDV-unterstützter Prüfalgorithmus für den Fallabschluss eingeführt.

Im Annastift in Hannover wurde frühzeitig eine mehrstufige Prüfroutine für den Fallabschluss eingeführt.

Foto: Flatten

### Die Einrichtung

Das Annastift in Hannover ist ein orthopädisches Rehabilitationszentrum mit über hundertjähriger Tradition, zu dem neben einem Fachkrankenhaus auch Bildungseinrichtungen gehören. Das Krankenhaus behandelt mit 400 Mitarbeitern rund 5500 stationäre Fälle pro Jahr.

Völlig unabhängig von der DRG-Einführung wird die wirtschaftliche Relevanz von Abrechnungssystemen häufig unterschätzt. Viele Häuser schieben einen Berg von nicht abgeschlossenen Fällen vor sich her, weil interne Prozesse eine zeitnahe Abrechnung blockieren. Bei durchschnittlichen Fallerträgen von mehreren Tausend Euro in der stationären Behandlung summiert sich eine durchschnittliche Verzögerung von wenigen Tagen schnell zu relevanten Zinszahlungen oder -verlusten – je nach Art der Finanzierung. Die Abrechnung nach DRG verschärft die Situation, weil jetzt nicht nur Geschwindigkeit, sondern auch Genauigkeit zählt. So kann die Wahl

einer falschen Basis-DRG oder die Wahl einer zu niedrig bewerteten DRG innerhalb einer gesplitteten Basis-DRG zu Erlöseinbußen führen, die sich auf die Kostendeckung auswirken. Systematisches Fehlkodieren führt dazu, dass das Krankenhaus weitere Leistungen erbringen muss, um das mit den Krankenkassen vereinbarte Budget auf der Leistungsseite zu erfüllen. Umgekehrt muss auch das so genannte upcoding erkannt und vermieden werden, da sich Rückzahlungspflichten ergeben können. Vieles spricht dafür, auch das Qualitätsmanagement in diesem Zusammenhang zu betrachten, denn bei QS-Pflichtfällen drohen im Jahre 2003 zum Teil erhebliche Geldstrafen in Fällen, in denen ein Krankenhaus keine, unvollständige oder nicht plausible Daten an die Datenannahmestelle liefert.

Ein effizientes Prüfungsverfahren wird also unumgänglich, sollte aber zeitlich möglichst verdichtet werden. Im Annastift in Hannover wurden die entsprechenden Prozesse bereits zu Anfang des Jahres 2001 analysiert und umgeformt. Ein vierstufiges Modell wurde eingeführt:

1. Kodierung durch den Stationsarzt
2. Freigabe durch den Oberarzt (medizinischer Fallabschluss)
3. Prüfung durch das Medizincontrolling
4. administrativer Fallabschluss (Rechnungslegung und Übertragung der Entlassungsdaten)

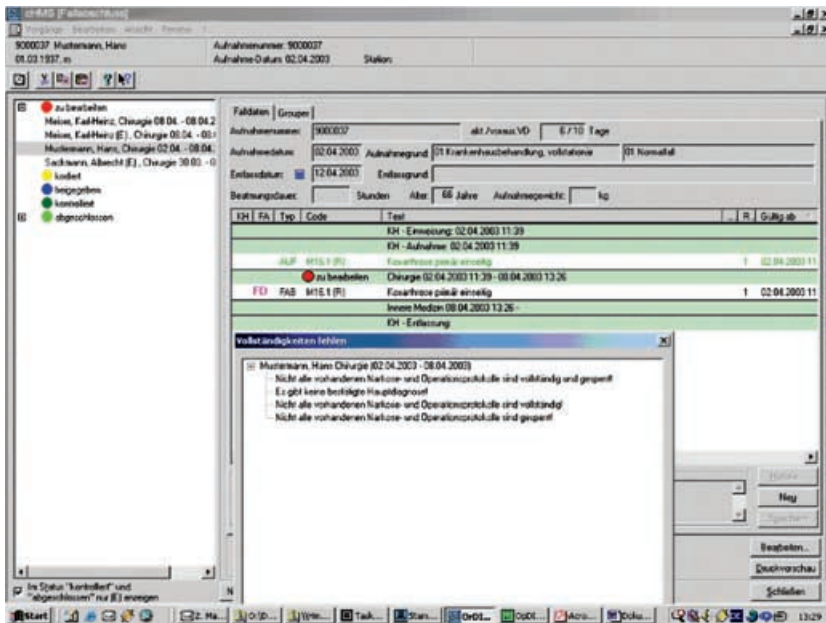
### Kein Abschluss ohne Akte

Praxistauglich wurde dieses Modell erst durch die exakte Steuerung der Prozesse und die Unterstützung durch ein geeignetes Software-Tool. Es wurde festgelegt, dass eine Prüfung des Falles grundsätzlich nur mit Zugriff auf die Patientenakte erfolgen kann. Um dieses Problem logistisch zu lösen, wurde im Sekretariatsbereich der Fachabteilung ein zentraler Ort für den „Medizinischen Fallabschluss“ definiert, an dem ein Rechner mit dem erforderlichen Datenzugriff bereitgestellt wurde. Die Akte verlässt diesen Raum erst nach dem medizinischen Fallabschluss. Die Daten stehen dem Controlling zur Verfügung.

Anfangs kam es bei Einführung der Prüfroutine zu erheblichen Verzögerungen bei der Abrechnung, da die Prüfungen viele Fehler aufgedeckt haben. Je nach individueller Bereitschaft wurden diese Korrekturen in unterschiedlichen Zeiträumen erledigt, so dass sich die zu korrigierenden Fällen ansammelten. Als Kennzahl wurde hier die Zahl der nicht abgerechneten Fälle von mehr als drei Werktagen nach der Entlassung erfasst. Zeitweilig waren das in der Fachklinik des Annastifts mehr als 120 Fälle bei 280 Betten. Bei einem durchschnittlichen Erlös von rund 5000 EUR pro Fall ergeben sich daraus permanente Außenstände von 600 000 EUR und Zinsen von 30 000 EUR pro Jahr bei einem angenommenen Zinssatz von 5 Prozent. Anreiz genug, nach der Ursache für die Zeitraubenden Korrekturen zu fahnden.

### Vertretungen als Schwachstelle

Als eine wesentlicher Auslöser für offene Fälle wurden Vertretungssituationen erkannt, bei denen sich die Vertretenden für Korrekturen teilweise als nicht zuständig erklärten. Das Problem wurde zunächst durch eine aktualisierte Dienstanweisung gelöst, die die Verantwortung klar den Vertretenden zuteilt. Daneben



Das Fallabschluss-Modul von c.a.r.u.s. prüft Vollständigkeit und Plausibilität von DRG-Abrechnungen.

ben wurden für die Bearbeitung und Prüfung durch den Stationsarzt, den Oberarzt und das Medizin-Controlling Soll-Zeiten definiert. Bei Abweichungen der Kennzahlen kann nun auf diese Soll-Zeiten verwiesen werden.

### Software-Unterstützung

Bei der Auswahl der Softwarelösung entschied sich das Annastift für das Fallabschluss-Modul der Nordstedter c.a.r.u.s. HMS GmbH. Das Modul verwaltet offene Fälle und stellt sicher, dass nur geprüfte Daten über Schnittstellen in das Abrechnungssystem gelangen. Dabei prüft die Software auch die Vollständigkeit der Dokumentation in Bezug auf eventuelle QS-Anforderungen sowie die Vollständigkeit aller Operationsprotokolle. Eine besondere Stärke des c.a.r.u.s. Moduls zeigt sich, wenn Patienten im Laufe der Behandlung in eine andere Fachrichtung verlegt werden. Hier ist es möglich, pro Fachrichtung einen teilweisen

Fallabschluss einzugeben, so dass der Abrechnungstatus auch nach mehreren Fachrichtungswechseln übersichtlich bleibt. Die Software wird seit Anfang des Jahres für alle stationären Behandlungsfälle eingesetzt.

### Liquiditätspotenzial

Schon jetzt lässt sich an der einfachen Kennzahl „Nicht-abgerechnete-Fälle-größer-drei-Werk-tage“ ein deutlicher Erfolg ablesen. Im Durchschnitt lag diese Ziffer im ersten Quartal 2003 bei 80, konnte also um rund ein Drittel verringert werden. Bei Annahme der oben genannten Eckdaten ergibt sich daraus ein zusätzlich

gewonnenes Liquiditätspotenzial von 200 000 EUR – allein durch beschleunigte Abrechnung. Hinzu kommen Erlösgewinne durch qualitativ bessere DRG-Codierung und seltenere Reklamationen von Seiten der Kassen oder der Selbstzahler. Diese Effekte können in diesem frühen Stadium noch nicht quantifiziert werden, spielen aber sicherlich eine Rolle. Letztlich profitieren alle Beteiligten – Patienten, Ärzte, Kassen und Controller – von der erhöhten Transparenz des Abrechnungsprozesses.

Als Fazit bleibt festzustellen, dass dieses Ergebnis nur durch die Verbindung von Prozessanalyse, Software und flankierenden organisatorischen Maßnahmen geglückt ist. Krankenhäuser, die ihren Rechnungsberg allein mit einer neuen Software abtragen möchten, werden dabei ebenso scheitern wie jene, die ihre Technologie nicht an die neuen Anforderungen anpassen. ■



**Christoph Lassahn,**  
DRG Manager am  
Fachkrankenhaus Annastift  
Hannover, u. a. verantwortlich für die Bereiche Erlös- und Medizincontrolling sowie  
Ärztqualifikation

**Christoph Lassahn**  
Annastift Hannover  
Anna-von-Bories-Str.  
30625 Hannover  
www.annastift.de

Hier steht im Heft  
eine Anzeige