

## Medizinischen «Aufwand > 0» mit dem «MMC-Auditor<sup>®</sup> 5.0 abbilden»

### Ausgangslage und Idee

Die grundlegende Massnahme zur Erlössicherung ist die vollständige und abgesicherte medizinische Kodierung aller stationären Patientenfälle. Diese Kodierung wird seit 2012 über die ordentliche Kodierrevision gem. SwissDRG Reglement jährlich überprüft.

Eine systematische betriebswirtschaftliche Identifizierung von unterdeckten Fällen kann mit dieser eher kleinen Stichprobe nur eingeschränkt erfolgen. Zudem ist die Methode der Zufallsstichprobe für eine durchgängige Analyse der BFS-Daten nicht geeignet.

Gemäss den Erfahrungen aus der Vergangenheit – und auch aus Nachbarländern – sind in jedem Datenjahr unterdeckte Fälle enthalten. Bei genauer Analyse der medizinischen Dokumentation oder spezifischer Kodierung liegt je nach Fallzahl und Leistungsspektrum des Spitals ein beträchtliches ungenutztes Erlöspotential verborgen. Um dieses Potenzial zu identifizieren und auszuschöpfen, hat die MMC AG die Methode MMC Auditor<sup>®</sup> entwickelt.

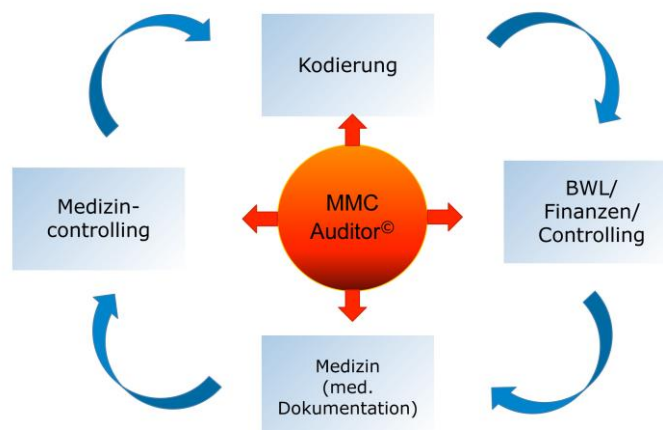
### Unsere Leistungen

Prüfung des vollständigen BFS- oder PRISMA-Datensatzes ODER jedes einzelnen Falles (vor Abschluss der Kodierung) anhand eines definierten Regelwerkes basierend auf dem Schweizer Kodierungshandbuch. Dies beinhaltet die Abfrage:

- Logischer Muster von Behandlungsabläufen
- Logische Muster aus Erfahrungen aus jahrelanger professioneller Kodierung
- Erwarteter Zusammenhänge von ICD und CHOP
- Von DRG-Fällen die sich bei kleinsten Veränderungen der Dokumentation im eff. CW ändern (+ und -).

Durch unsere Software «MMC-Auditor<sup>®</sup>» sind wir in der Lage, über die Kodierung und Fakturierung hinaus, das systematische Erkennen von Prozessmängeln offenzulegen. Hierzu zählen u.a. die medizinische Dokumentation und die Bereitstellung von Kodier-Grundlagen.

Der «MMC-Auditor<sup>®</sup>» offenbart auch Lücken in der DRG-Faktura, die es zu schliessen gilt, um den Rechnungsprüfungen der Krankenkasse zuvorzukommen. Anhand des BFS-oder PRISMA-Datensatzes ist die Methode in der Lage potentielle Fragestellungen und Rückweisungen der Krankenversicherer auf Gültigkeit zu prüfen und somit eine qualitative Absicherung Ihrer Faktura sicherzustellen.



Für die Idee der Grafik danken wir: Franz Peter, CFO Spital Wetzikon GZO

## Unser Vorgehen

Anhand des BFS- oder PRISMA-Datensatzes werden systematisch erarbeitete Prüffreglements angewendet. Diese stellen Fälle auffällig, die ein Potential bieten, um mit spezifischer und korrekter Kodierung Mehrerlöse zu generieren.

## Ihr Nutzen

- Ihr Haus profitiert von einer mehr als 12-jährigen Erfahrung in der Anwendung der DRG-Abrechnung
- Systematisches Erkennen von Prozessmängeln in Ihrem Spital. Hierzu zählen u.a. die medizinische Dokumentation und die Bereitstellung von Kodier-Grundlagen
- Zielgruppenspezifisches Feedback zur abrechnungsrelevanten Dokumentation bis auf Arztelebene (mit Fallbezug) wird möglich
- Allfällige Abrechnungslücken, wie fehlerhaft erfasste Dialysen oder Tumorbehandlungen, werden elektronisch offengelegt
- Die Vergütung richtet sich nach dem Nutzen der Software für Ihr Haus. Zudem sind einmalige Prüflizenzen ohne lange Vertragsbindung oder auch die Integration im Einzelfallmodus ins System des Spitals möglich.

**Demographische Daten**

Patid: xxxxxx, Fallnummer: xxxxxx, Name: , Vorname: , weiblich, Tagesfall: psych. Zwangseinweisung, Intensivst.: NEMS, Bitte überprüfen Sie, ob im vorliegenden Fall der Barthel Index erhoben worden ist und fügen Sie ggf. einen Kode aus U50 - hinzu (2016).  Regel 54 ICD\_InsBarthel

geboren am: 01.01.1923, Alter (Jahre): 93, Alter (Tage): 0, Gewicht (g): 0, Urlaubstage: 0, Beatmung: 0

Aufnahmetag: 09.01.2016, Zeit: 1 Zuhause, Eintritsart: 1 Notfall, Einweisende Instanz: 2 Rettungsdienst (Ambulanz, Polizei)

Entlassungstag: 28.01.2016, Zeit: 1 auf Initiative des Behandelnden, Aufenthalt nach Austritt: 2 Krankenhaus, Pflegeheim, 1 geheilt/kein Behandlungsbedarf, 19 Pflagestage

**Diagnosen**

ICD10	DRG	Gült.	CCL	Beschreibung	G	dCW
HD S321	+	2		Fraktur des Os sacrum	X	0
ND01 X599	+	0		Sonstiger und nicht näher bezeichneter Unfall	X	-1,588
ND02 S324	+	3		Fraktur des Acetabulum	X	0
ND03 S325	+	3		Fraktur des Os pubis	X	0
ND04 I1090	+	0		Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Ange	X	0
ND05 E039	+	0		Hypothyreose, nicht näher bezeichnet	X	0
ND06 E559	+	0		Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet	X	0
ND07 E440	+	2		Mäßige Energie- und Eiweißmangelernährung	X	0
ND08 R798	+	0		Sonstige näher bezeichnete abnorme Befunde der Blutche	X	0

**Prozeduren**

CHOP	L	Datum	DRG	Gült.	OR	Beschreibung	ZE (in CHF)	G
P001	889717	09.09.2015	+			MRI-Abdomen, Becken		X
P002	887211	16.09.2015	+			Echokardiographie, transthorakal, in Ruhe		X
P003	890a32	16.09.2015	+			Ernährungsberatung und -therapie		X
P004	938990	16.09.2015	X	+		Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheit		X

**Aktgeriatrie:** Ein Index (ICD U50.40) wurde dokumentiert jedoch nicht kodiert. In Folge der Analyse → Rekodierung des Falles in DRG A95D. Das heisst: **CW + 0.592**. Der Mehrerlös bei Baserate von CHF 9'500.00 entspricht + **CHF 5'624.00**.

**Ergebnisse**

**MDC 08** Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe  
**PCCL 4** katastrophal  
**DRG (M) A95E** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, 7 bis 13 Behandlungstage, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkte, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung

Basisbetrag	14'069,50 CHF	Erster Tag mit Abschlag	0. Tag	(0,000)	Relativgewicht	1,481
Zu- / Abschlag	0,00 CHF	durchschn. Verweildauer	15,90 Tage	(0,077)	Effektives Gewicht	1,481
Effektives Entgelt	14'069,50 CHF	Erster Tag mit Zuschlag	28. Tag	(0,057)		
Zusatzentgelt	0,00 CHF					
<b>effektiver Fallwert</b>	<b>14'069,50 CHF</b>	<b>Grouperstatus</b>	<b>00 (Normale Eingruppierung)</b>			

---

**Ergebnisse**

**MDC 08** Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe  
**PCCL 4** katastrophal  
**DRG (M) A95D** Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, 7 bis 13 Behandlungstage, mit bestimmter OR-Prozedur oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 184 Aufwandspunkte oder schwere motorische Funktionseinschränkung

Basisbetrag	19'693,50 CHF	Erster Tag mit Abschlag	0. Tag	(0,000)	Relativgewicht	2,073
Zu- / Abschlag	0,00 CHF	durchschn. Verweildauer	18,10 Tage	(0,090)	Effektives Gewicht	2,073
Effektives Entgelt	19'693,50 CHF	Erster Tag mit Zuschlag	34. Tag	(0,067)		
Zusatzentgelt	0,00 CHF					
<b>effektiver Fallwert</b>	<b>19'693,50 CHF</b>	<b>Grouperstatus</b>	<b>00 (Normale Eingruppierung)</b>			

Bei Analyse der Gesamtjahresdaten der medizinischen Statistik (BfS-Daten) 2014 und 2015 wurden in zahlreichen Projekten zum Teil nachhaltige finanzielle Effekte ermöglicht, die im mittleren 6-stelligen Bereich liegen.

Selbst erfahrene Medizincontroller nutzen die Methode der systematischen Regelprüfung, um ohne aufwändige Einzelfallanalyse zu den relevanten Fällen zu gelangen.