

ARCHIV AKTIV

Archivar 4.0 INSIDE

SONDERAUSGABE

Download ArchivAktiv
Sonderausgabe 2020

So wirkt sich das MDK-Reformgesetz auf die Leistungserbringer aus

Keine Korrekturrechnungen, qualitätsabhängige
Prüfquoten, Strukturprüfungen, elektronische Datenübermittlung



Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

der Druck wird verstärkt – so lässt sich der Eindruck zusammenfassen, den das MDK-Reformgesetz bei den Krankenhäusern hinterlässt. Die neuen Regelungen zielen auf Kriterien der Qualität und insbesondere der Wirtschaftlichkeit, um den Strukturwandel in der stationären Versorgung zu beschleunigen, den das DRG-System kaum bewirkt hat. Neben strengeren Vorgaben beinhaltet das Gesetz auch Pflichten zur Digitalisierung der Prozesse.

In dieser Sonderausgabe beschreiben unsere Interviewpartner, welche Konsequenzen die Neuaufstellung des MD und seiner Aufgaben für das GKV-Geschäft der Häuser mit sich bringt. Lesen Sie auch Antworten auf die Frage „Wie lassen sich diese Herausforderungen meistern?“ sowie eine Zusammenfassung von Services und IT-Tools, die Krankenhäusern maßgebende Unterstützung bieten. Sie reichen von der intelligenten Digitalisierung von Papierakten und der Bereitstellung konsolidierter vollzähliger digitaler Akten für den Überblick über durchgeführte Leistungen hin zur semantischen Analyse für die Absicherung der Kodierung und Rechnungsstellung.

Mit diesen Technologien schafft DMI unter dem Leitmotiv Health Data Office Archivar 4.0 inside die bestmöglichen Arbeitsvoraussetzungen für ein erfolgreiches Erlösmanagement. Ab dem kommenden Jahr hat die Kommunikation argumentationsstützender Unterlagen an den MD elektronisch zu erfolgen.

Wir bieten Ihnen unsere Unterstützung!

Ihr

Christoph Schmelter



Krankenhausabrechnungen: richtig oder falsch? Ein überbordender Bürokratie-Apparat sorgt seit Jahren bei Krankenhäusern, Kassen der GKV und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) für einen hohen Aufwand. Das MDK-Reformgesetz stellt nun Prüfungen auf eine neue Basis. Im Interview beschreibt Benjamin Böhland, Syndikusrechtsanwalt der Krankenhausgesellschaft Sachsen, die Auswirkungen auf die Krankenhäuser.

ArchivAktiv:

Herr Böhland, wie wirkt sich dieses Gesetz auf die Struktur des Medizinischen Dienstes aus?

RA Benjamin Böhland: Der „MDK“ soll aus der Verwaltungsstruktur der Krankenkassen herausgelöst werden und wird umbenannt zum „MD“, dem Medizinischen Dienst. Zudem werden die MDen bundeseinheitlich als Körperschaften des öffentlichen Rechts (KöR) organisiert – mit MD Bund und Landes-MDden, mindestens einem je Bundesland. Die Landeseinrichtungen können miteinander kooperieren. Gegebenenfalls entstehen Landes-Verbunds-MDden. So war in Sachsen der MDK bislang ein Verein; der MDK Nordrhein hat bereits die Form einer KöR. Wir finden es aus Sicht der Krankenhäuser posi-

tiv, dass das föderale Prinzip beibehalten wurde: Die Landesebene bleibt anstelle einer denkbaren zentralisierten Steuerung erhalten.

Welche Neuerungen geben die Gesetzgeber für das Tagesgeschäft vor?

Böhland: Bei der **Einzelfallprüfung** wurden die SGB V-Normen neu gestaltet. So ist der frühere § 275 Abs. 1c in die neuen Regelungen, beispielsweise § 275c, aufgegangen. Maximal-Prüfquoten und Sanktionen werden über den Anteil an unbeanstandeten Rechnungen gestaffelt. Der Zeitraum für die Analyse beträgt jeweils ein Quartal.

Für das Übergangsjahr 2020 gilt eine einheitliche **Prüfquote** von maximal 12,5 Prozent. Das ändert sich ab 2021 – ab dann wird die Prüfquote flexibel: Der MD bestimmt die „Abrechnungsqualität“ im betreffenden Vierteljahr. Auf Grundlage beanstandeter Rechnungen ermittelt der GKV-SV eine maximal zulässige Prüfquote: Bleiben 60 Prozent oder mehr der Rechnungen unbeanstandet, so dürfen die Kostenträger maximal fünf Prozent aller Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhaufälle in die Einzelfallprüfung des einen Quartals schicken. Bei größer oder gleich 40 bis 60 Prozent Rechnungen

ohne Beanstandung steigt diese Quote auf maximal zehn Prozent; außerdem wird eine **Strafzahlung** fällig in Höhe von 25% der Differenz zwischen unbeanstandeten und beanstandeten Rechnungen. Bei einem Anteil von weniger als 40 Prozent unbeanstandeter Rechnungen geht die Prüfquote auf bis zu maximal 15 Prozent hoch und die Strafzahlung beträgt 50 Prozent des Differenzbetrages. Bei einem Anteil von unter 20 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen können die Kassen Prüfungen nach ihrem Gutdünken durchführen. Die Strafzahlungen betragen immer mindestens 300 Euro. Ab 2021 sind die Strafzahlungen bei 10 Prozent des Rechnungsbetrages des Prüfergebnisses gedeckelt. In der Übergangsfrist im Jahr 2020 gibt es keine Höchstgrenze der Strafzahlungen, sie wird jedoch pauschal in Höhe von 10 Prozent des Differenzbetrages ermittelt.

Der MD ist dafür verantwortlich, Prüfaufträge der Kassen abzulehnen, wenn die Höchstprüfquote überschritten wird – wir sind gespannt, wie die MDden das sicherstellen wollen. Außerdem haben die Kassen nun vier Monate Zeit für die Einleitung der Abrechnungsprüfung; der einzelne

Fortsetzung auf Seite 2 >

Fall bildet letztlich die Datengrundlagen für verschiedene Quartale bei der Berechnung der Prüfquoten.

Ein äußerst praxisrelevanter Punkt im Gesetz ist ferner der Ausschluss von **Rechnungskorrekturen**. Lediglich als Konsequenz von Prüfergebnissen und rechtskräftigen Urteilen dürfen Rechnungen verändert werden. Schwierigkeiten ergeben sich hieraus im Alltag der Krankenhäuser etwa, wenn sie aus Veränderungen in einer Sachlage Fälle zusammenführen müssen oder wenn etwa nach Entlassung der Pflegegrad geändert wurde... also Anpassungen, die sogar mitunter von der Kasse verursacht waren. Es ist zu hoffen, dass sich DKG und GKV-SV hierzu in einer Prüfverfahrensvereinbarung über Ausnahmen verständigen.

Nicht ausgeräumt hat das Gesetz die Grauzonen bei Abrechnungen: Die „einzige richtige Abrechnung“ für den jeweiligen Fall gibt es kaum – in vielen Fällen ergeben sich Interpretationsspielräume. Die Frage der Krankenhäuser lautet weiterhin, warum soll hier eigentlich der MD über richtig und falsch entscheiden?

Auf die Fallörterung im Streit legt der Gesetzgeber besonderen Wert: So müssen beispielsweise Krankenhäuser und Krankenkassen nun zwingend den Dialog aufnehmen und eine Verständigung suchen, bevor sie eine Klage einreichen. Ziel ist, hierdurch Gerichte zu entlasten.

Bei der Aufwandspauschale von 300 Euro an die Krankenhäuser für Prüfungen, die zu keiner Änderung führen, ist es im Gesetz geblieben.

Wie sieht es beim Thema Fristen aus?

Böhländ: Die bisherige **Frist** für die Einleitung einer Rechnungsprüfung laut § 275 Abs. 1c SGB V (alte Fassung) betrug sechs Wochen. Das Gesetz weitet diesen Zeitraum auf vier Monate aus. Die Häuser müssen somit ihre Rechnungen vier Monate lang offenhalten, was Ressourcen bindet. Entsprechend der Übergangs-PrüfV haben Krankenhäuser innerhalb von 16 Wochen mit dem Versand von Unterlagen zu reagieren oder es wird vor Ort geprüft. Die leistungrechtliche Entscheidung der Krankenkasse muss nach spätestens 13 Monaten vorliegen. Die leistungrechtliche Entscheidung stimmt zwar in vielen Fällen mit dem MD-Gutachten überein, das ist jedoch nicht immer der Fall. Die PrüfV regelt dabei nur, dass Krankenkassen Krankenhäusern die „wesentlichen Gründe“ bei einer Kürzung mitteilen müssen. Es fehlt weiterhin die Verpflichtung zur Übersendung der Gutachten.

Die Zahlungsverpflichtungen ergeben sich insbesondere aus den Landesverträgen nach § 112 SGB V. Dort ist vorgesehen, dass Kostenträger Schlussrechnungen grundsätzlich binnen 14 Tagen zu zahlen haben. Diese Zahlung ist zu leisten, bevor der Betrag in die Prüfung geht. Eine entstehende Differenz wird – so die derzeitige Praxis – nachträglich auf die Folgefälle verrechnet.

Wie wirkt sich das Gesetz auf die Zurverfügungstellung argumentationsstützender Patienteninformationen aus?

Böhländ: Das Gesetz verpflichtet die Krankenhäuser zur **elektronischen Übermittlung**. Bis 1. Januar 2021 müssen sich GKV und DKG im Konsensverfahren darüber einigen, wie diese elektronische Übermittlung zu gestalten und durchzuführen ist. Diese Vorgabe, die bereits Bestandteil der PrüfV bis Ende 2019 war, gewinnt als Verpflichtung im Gesetz maßgeblich an Gewicht – der Gesetzgeber zeigt so, welche Bedeutung er der Digitalisierung beimisst. Ziel

dieses Ansatzes ist, durch digitale Unterstützung den Ressourcenaufwand auf Krankenhäuser – wie auf MD-Seite zu verringern.

Auf der Krankenseite sehen wir das positiv. Lösungen sind ja möglich – dies zeigt die aktuelle Umsetzung in Sachsen, die mit einem tragbaren Aufwand umzusetzen war. Die Krankenhausesellschaft Sachsen hat dieses durch sächsische Krankenhäuser initiierte Projekt begleitet und mit dem MDK Sachsen eine entsprechende Kooperationsvereinbarung geschlossen. Dieses alltagserprobte Verfahren eignet sich auch gut für einen Einsatz auf Bundesebene.

In den alten Bundesländern sind ebenfalls Lösungen in Arbeit. Faktisch geht es also darum, sich für ein System – oder mehrere – zu entscheiden. Zu beachten ist hierbei, dass auch Implementierung, Testung und Inbetriebnahme zum 1. Januar 2021 zu realisieren sind.

Was geschieht, wenn man sich MD-seitig für mehrere Systeme für den digitalen Austausch entscheidet?

Böhländ: Damit würde sich die gesamte Situation verkomplizieren – auch aus dem Grund, dass die KIS-Hersteller die finale Lösung noch implementieren müssen – im Laufe dieses Jahres! Eine bundeseinheitliche Lösung wäre daher hier vorteilhaft. Von Vorteil für alle Beteiligten wäre, entsprechende Schnittstellen der existierenden Lösungen für das bundeseinheitliche Verfahren zu schaffen. Können alle Projekte einheitlich zusammengeführt werden, hat sich die Arbeit aller gelohnt.

Welche weiteren Änderungen stehen an?

Böhländ: Eine weitere maßgebliche Änderung aufgrund des Gesetzes sind **Strukturprüfungen**. Während es bei der Einzelfallprüfung um Auffälligkeiten im Kontext konkreter Abrechnungen geht – also um medizinische Aspekte bzw. Kodierfragen –, behandelt das Gesetz auch die Vorhaltung von Strukturen laut § 275d SGB V. Die Mindestmerkmale der Operationen und Prozeduren-Codes (OPS) sollen geprüft werden. Ein Beispiel: Erfordern Komplex-OPS die stetige Vorhaltung eines Facharztes oder die Kooperation zu einer radiologischen-diagnostischen Einrichtung, so ist die Vorhaltung grundsätzlicher Natur und strahlt auf alle anderen Fälle im Zeitraum aus.

Vor dem Hintergrund von Rückforderungenwellen hatte die DKG seit langem gefordert, solche Strukturprüfungen aus Einzelfallprüfungen herauszulösen. Das Gesetz gibt nun vor, dass sie, gebündelt als allgemeine Prüfung solcher Krankenhauses-Vorkerhungen durch den MD, Sicherheit schaffen sollen. Dies ermöglicht es den Krankenhäusern, sich rechtlich zur Wehr zu setzen und es kann bis zu einer gerichtlichen Klärung die infrage stehenden Leistungen weiter abrechnen. Im April klärt sich eine eventuelle Eingrenzung von OPS im Kontext der Richtlinie zu Strukturprüfungen durch den MD Bund.

Wie lang gilt das jeweilige Testat? Kann Widerspruch erhoben werden? Wie können Krankenhäuser über Veränderungen informieren? Solche Aspekte sind in den Vorgaben bislang nicht enthalten. Unklar ist ja auch, wie die MDen der Länder mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen diese Strukturprüfung für alle Häuser innerhalb eines Jahres durchführen sollen.

Was ist neu beim Streitthema Aufrechnung?

Böhländ: Ein Verbot von **Aufrechnungen** hatte die Krankenseite schon seit langem an-



Benjamin Böhländ ist Syndikusrechtsanwalt der Krankenhausesellschaft Sachsen.

> Gesetz, Übergangs-PrüfV, Übereinkünfte

Das MDK-Reformgesetz ist zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten. Eine Übergangsvereinbarung zur Prüfverfahrens-Vereinbarung nach § 17c KHG zwischen DKG und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) regelt derzeit die Weitergeltung des bisherigen Verfahrens. Die Übergangs-PrüfV setzt beispielsweise das im Gesetz enthaltene Abrechnungsverbot und das Korrekturrechnungsverbot außer Kraft; die neue Viermonatsfrist für die Beanstandungen durch die Kassen ist jedoch enthalten. Vereinbarungen für die Umsetzung weiterer Aspekte des Prüfverfahrens werden im ersten Halbjahr 2020 noch getroffen.

Hinsichtlich der OPS im Kontext Strukturprüfungen liegt die Hoheit des Prüfverfahrens beim MD Bund; dieser erlässt eine Richtlinie nach § 283 Abs. 2 Nr. 3 SGB V. DKG und GKV-SV haben dabei lediglich ein Recht zur Stellungnahme. Der Zeitpunkt für das Inkrafttreten der nächsten, neuen Prüfvereinbarung ist noch ungeklärt; man geht davon aus, dass sie frühestens zum 1. Juli 2020 vorliegen wird. Verbindlich klärt sich dies in den nächsten Wochen. – Zwingend gibt das Gesetz die elektronische Übertragung argumentationsstützender Unterlagen vom Krankenhaus an den MD ab 1. Januar 2021 vor.

gestrebt. Hier ein Beispiel: Die Krankenkasse zahlt entsprechend dem vorgegebenen Prozess eine Krankenhausrechnung mit dem vollen Betrag. Nach bisher neun Monaten erfolgt auf Grundlage eines MD(K)-Gutachtens die Einschätzung der Kasse, dass diese nur zur Hälfte hätte zahlen müssen. Die Kasse kürzt den Betrag und verrechnet die Differenz mit Rechnungen aus dem laufenden Versorgungsgeschäft. Ist das Krankenhaus mit der Kürzung nicht einverstanden, muss es aus dieser komplexen Situation heraus seine Forderung stellen und die Teilbeträge nachverfolgen. Zwar ist diese Möglichkeit recht pragmatisch; jedoch

entzieht sie dort, wo Kassen ohne rechtskräftige Entscheidung im Einzelfall ganze Tranchen von Vergütungen verrechnen und sich ohne Prüfung auf Musterfälle berufen, den Krankenhäusern zum Teil immense Beträge aus dem laufenden Geschäft.

Das Gesetz erlaubt nun eine Verrechnung laut § 109 Abs. 6 SGB V nur noch in Fällen, in denen ein Krankenhaus nicht widersprochen hat oder wenn ein rechtskräftiges Urteil vorliegt. Rückforderungen mit anderer Rechtslage dürfen Kassen somit nicht mehr mit laufenden Rechnungen verrechnen, sondern müssen die entsprechenden Beträge bei den Krankenhäusern aktiv einfordern... was die Schwelle und inhaltliche Prüfung für solche Rückforderungen vermutlich erhöht. Wie bei der Rechnungskorrektur können DKG und GKV-SV auch Ausnahmen vereinbaren – siehe Übergangs-PrüfV.

Wie schätzen Sie die Wirkungskraft der MD-Entscheidungen aus formaler Sicht ein?

Böhländ: Früher waren MDK-Gutachten als Empfehlung an die Kassen zu sehen. Jetzt haben MD-Gutachten öffentlich-rechtlichen Entscheidungsscharakter, etwa bei den Strukturprüfungen – sie sind verbindlich und beklagbar. Auch für die Einzelfallprüfungen könnte sich dies aus seiner Eigenschaft als Körperschaft ergeben. Darüber debattierten die Juristen aber gerade. Diesbezüglich dürfte es jedoch dabei bleiben, dass die leistungrechtliche Entscheidung der Krankenkasse beklagt wird.

Wo sehen Sie Vorteile beim Einsatz von Technologie vor dem Hintergrund der neuen Vorgaben?

Böhländ: Schluss mit händischem Verwaltungsaufwand mit Papier – **Technologien** kann den Aufwand für alle Beteiligten enorm reduzieren. Um das intelligente Scannen der Papieranteile ihrer Akten kommen die Krankenhäuser – auf dem Weg zur durchgängigen elektronischen Akte der Zukunft – ohnehin nicht herum. So lässt sich die Datenbereitstellung bei der Selektion von Unterlagen und hinsichtlich des Transferwegs deutlich vereinfachen. Mit Spannung erwarten wir auch Lösungsmöglichkeiten für das krankenseitige Controlling der Quoten.

Wie lauten Ihre Handlungsaufforderungen an die Krankenhäuser?

Böhländ: Nun – die „Transparenzphase“ 2020 mit Deckelung der Prüfquoten auf 12,5 Prozent wird ein gegenseitiges Abtasten der Akteure mit sich bringen. Häuser sollten mit Rechnungsbeiträgen ins Rennen gehen, die der Qualitätsprüfung standhalten – und sich so für die Zukunft im Wettstreit um Abrechnungen wappnen. Den Gedanken, Rechnungen künftig strategisch mit Blick auf die Prüfquoten zu stellen – beispielsweise in Hinblick auf Abrechnungszeitpunkte – sehe ich kritisch. Meine Empfehlung an die Häuser lautet: **Analysieren Sie Ihre Patientenakten** und Abrechnungsvorgänge – wo liegen Dokumentationsmängel, sind die Unterlagen zentral oder dezentral organisiert, was ist digital und was analog, wie bereite ich die digitale Prozesskette für 2021 vor? Und weiter: Schaffen Sie die Datenbasis für das Controlling der Prüfquoten, von denen im Hinblick auf Ihre Erlöse und Ihre Liquidität viel abhängt. Auch im Kontext der Pflegepersonaluntergrenzen ist eine fundierte Dokumentation nötig, um Kennzahlen und Frühwarnmöglichkeiten für eine sichere Steuerung digital bereitzustellen. Diese Themen sollten Sie jetzt anpacken – sie sind dringend und wichtig! ■

MDK-Reform: Die Schmerzpunkte der Krankenhäuser

DIE SICHT DES MEDIZINCONTROLLINGS

Wirtschaftlichkeit und Qualität: Der Gesetzgeber nutzt das MDK-Reformgesetz als Instrument zum Durchsetzen einer „kalten“ Krankenhausstrukturreform. Welchen Aspekten sollten die Häuser vorrangig ihre Aufmerksamkeit widmen, um – im Markt gut positioniert – zu überleben? Ob die Regelungen sofort greifen oder nach einer Übergangszeit etwa aufgrund der Übergangs-Prüfverfahrens-Vereinbarung: Es gibt Kernanforderungen, auf die sich Leistungserbringer tunlichst ohne Verzögern einstellen sollten. Dr. Nikolai von Schroeders, Geschäftsführer der DLMC und Vorstandsvorsitzender der DGfM, im Gespräch.

ArchivAktiv:

Herr Dr. von Schroeders, eine Reihe von Neueregulungen verstärkt den Druck auf die Krankenhäuser. Welche überlebenskritischen Aspekte sollten sie besonders im Blick haben?

Dr. Nikolai von Schroeders: Die Häuser müssen es – als Aspekt 1 – schaffen, ihren „ersten Wurf“ beim Schreiben der Rechnungen korrekt zu erstellen... also so, dass es zu keiner Beanstandung durch Kassen und Prüfung seitens des MD kommt. Die Rechnungsqualität muss passen, da Korrekturen zur Verbesserung der Erlössituation sehr bald nicht mehr zulässig sein werden. Übergangsvereinbarungen sollte man jetzt als Chance betrachten, einen optimalen Abrechnungsprozess mit Qualitätssicherung VOR Versand an die Kassen zu implementieren.

MDK-Reform: Die Herausforderungen mit IT-Unterstützung meistern

DER DRUCK AUF DIE KRANKENHÄUSER WÄCHST / TOOLS UND SERVICES HELFEN, ERLÖSE ZU SICHERN

Keine Korrekturrechnungen, Prüfquoten in Abhängigkeit von der Rechnungsqualität, elektronische Übermittlung argumentationsstützender Patientenunterlagen: Das MDK-Reformgesetz verschärft die Vorgaben für Krankenhäuser. Dahinter steht auch die Absicht des Gesetzgebers, durch Druck im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Nachweis der Behandlungsqualität eine Strukturbereinigung voranzubringen.

Spezialisierte Software und intelligente Dienstleistungen erleichtern es den Häusern, diese Herausforderungen zu meistern. Für die Abläufe der Abrechnung und Rechnungsprüfung präsentiert DMI ein attraktives Portfolio.

Kodierung und Abrechnung

Wo liegen die Voraussetzungen für eine korrekte Abrechnung, die dem prüfenden Blick der Kassen standhält? „Vollzählige Akten in digitaler Form spielen hier eine maßgebende Rolle“, weiß Jürgen Bosk. Das Digitalisieren von Papierbelegen und die Konsolidierung der Patientendaten erleichtern die Abläufe und ermöglichen Prozesssicherheit. Die Voraussetzung bildet das Vorliegen der Digitalisate in der Phase der Kodierung und Rechnungs-

Aspekt 2: Es kann sehr gut sein, dass Prüferfragen künftig in Schüben kommen. Wir gehen nämlich davon aus, dass Kassen „containern“ werden – also die Fälle eines Quartals sammeln und dann beurteilen, welche davon sie in die Prüfung geben möchten. Früher konnten sie ja jede ihnen dahingehend plausibel erscheinende Rechnung prüfen; künftig sind sie hinsichtlich der Quote innerhalb jedes Quartals gedeckelt – im Übergangsjahr 2020 auf 12,5 Prozent – und selektieren, so die Annahme, die Prüfkandidaten aus dem Paket an Fällen. Dem wellenförmigen kurzfristigen Abarbeitungsbedarf müssen die Krankenhäuser organisatorisch, im Hinblick auf Ressourcenverfügbarkeit, gerecht werden.

Aspekt 3: Eine enorme Flexibilität erfordert ferner die komplexe Dynamik bei den Prüfquoten: Sie basieren auf Bezugszeiträumen mit immer anderen Fallzahlen, sind schwer vorhersehbar und bringen so die Notwendigkeit mit sich, den Personaleinsatz auf die entstehenden Situationen abzustimmen. Krankenhäuser sollten in diesem Zusammenhang auch Möglichkeiten suchen, die Festsetzung und die Einhaltung der Prüfquoten zu überwachen.

Aspekt 4: Gefragt ist vor diesem Hintergrund eine Strategiefindung im betreffenden Haus. Die Zielsetzung kann zum einen eine möglichst geringe Beanstandungsquote mit einer geringstmöglichen Prüfquote, geringen Abzügen und wenig Strafzahlungen im Ergebnis sein. Die alternative Herangehensweise zielt auf so hohe Erlöse wie möglich ab – was um-

setzbar erscheinen mag durch die 12,5-Prozent-Prüfquote 2020. Die Devise lautet somit, bei einer ohnehin vorhersagbar hohen Quote höchstmögliche Umsätze zu generieren.

Aspekt 5: Bekannte Schwächen ausräumen! In allen Krankenhäusern gibt es abrechnungstechnische Problembereiche – sei es die stationäre statt der ambulanten Behandlung oder die Aufnahme eines Tag vor dem Eingriff... Mit dem MDK-Reformgesetz verstärkt sich hier der Veränderungsdruck: Strafzahlungen kommen hinzu, Prüfquoten können steigen – das bringt spürbaren Schmerz aus wirtschaftlicher Sicht.

Aspekt 6: Diese Handlungsaufforderung zielt auch auf das Thema Strukturprüfungen: Häuser sollten ihre Ausstattung hinsichtlich der Mindestmerkmale ihrer Leistungen gewährleisten.

Welche Unterstützung kann Ihrer Meinung nach Technologie bieten?

Dr. v. Schroeders: Qualitätssicherung im Rechnungskontext – und künftig elektronische Kommunikation mit dem MD – gehen nicht ohne digitale Akte! Krankenhäuser sollten ihren Umgang mit Papierakten optimieren, Akten unverzüglich in die Digitalisierung geben und die mit den elektronischen Dokumenten konsolidierte, vollzählige digitale Akte für die Abrechnung und Kodierung sowie für die Bearbeitung der Prüffälle nutzen. Neben entsprechenden Services bietet der Markt leistungsstarke Softwaretools für die Kodierung und die Prüffallbearbeitung. Konventionelle Methoden bringen



Dr. Nikolai von Schroeders, Geschäftsführer der DLMC und Vorstandsvorsitzender der DGfM

unezeitgemäßen Aufwand und signifikante Risiken mit sich! – Im Hinblick auf Technologie zum Monitoring der Prüfquoten sind die Softwarehersteller aufgefordert, geeignete Werkzeuge zur Verfügung zu stellen.

Worüber sollte man in den Häusern ebenfalls nachdenken?

Dr. v. Schroeders: Behalten Sie im Fokus, dass Regelungen des MD-Reformgesetzes umgesetzt bzw. bewahrt werden, die Positives für Krankenhäuser beinhalten! Die alleinige Herausstellung negativer Aspekte könnte zur Vernachlässigung und zum Verlust solcher Benefits führen. ■



Jürgen Bosk, Geschäftsentwicklung Archivar 4.0 beim IT- und Archivierungsspezialisten DMI

stellung. „Häuser, die vor dem Hintergrund des Drucks durch das MDK-Reformgesetz ihre Abrechnungsqualität als Priorität gesetzt haben, sollten ihre aktenorientierten Prozesse beschleunigen, die Akten unverzüglich zur Digitalisierung geben und mit dem konsolidier-

ten digitalen Archiv ins Rennen gehen“, so der Fachmann in der Geschäftsentwicklung Archivar 4.0 beim IT- und Archivierungsspezialisten DMI. Die DMI Software AVP ermöglicht das Tracken der Papierakten und ihres Zustandes bis hin zum Eintreffen der Digitalisate über ftp. So

behalten die Verantwortlichen im Krankenhaus ständig den Überblick über die jeweiligen Unterlagen.

Die digitalen Akten sind vollzählig und bequem nutzbar – unabhängig von Zeit und Ort sowie von beliebig vielen Nutzern zum selben Zeitpunkt. Sie lassen sich in AVP – zur Vorbereitung einer eventuellen Prüfanfrage – mit Notizen und Markierungen versehen.

Die Unterstützung bei der Kodierung geht künftig noch weiter: Semantische Analysen helfen Kodierern dabei, keine wichtigen Leistungen zu übersehen bzw. Mängel in der Dokumentation rechtzeitig festzustellen. Basis hierfür sind laut Bosk Metadaten zu den Dokumenten, die bei der Digitalisierung generiert werden – insbesondere zum Dokumenttyp – sowie die Extraktion von OPS und die Identifikation kodierrelevanter Ausdrücke durch eine Volltextsuche.

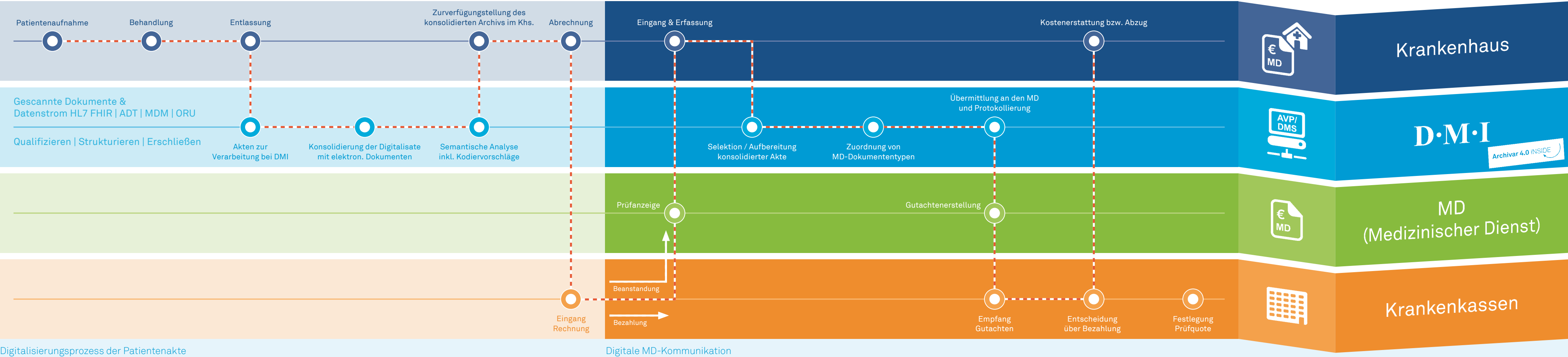
MD-Prüfmanagement

Die Stellung der Rechnung kann somit unter den besten Voraussetzungen für deren Korrektheit und Unanfechtbarkeit erfolgen. Trifft eine Prüfanfrage im Krankenhaus ein,

Fortsetzung auf Seite 8 >

Gut aufgestellt für Ihre digitale MD-Kommunikation. Mit DMI.

QUALITÄT, WIRTSCHAFTLICHKEIT UND SICHERHEIT FÜR IHRE PROZESSE RUND UM KODIERUNG, RECHNUNGSSTELLUNG UND PRÜFFALLBEARBEITUNG



KUNDEN SPRECHEN AUS ERFAHRUNG

Ausführliche Anwenderberichte finden Sie auf www.dmi.de

Patienteninformationen ohne Umwege

Caritas-Krankenhaus St. Josef unterstützt informationsbasierte Prozesse mit DMI

In der Region Regensburg spielt das Caritas-Krankenhaus St. Josef in der Versorgung der Patienten eine bedeutende Rolle. Wie bei allen Leistungserbringern ist die Verfügbarkeit von Patienteninformationen maßgeblich für klinische und administrative Zwecke. „Daher lautet unser strategischer Ansatz: Wir reduzieren Papier und schaffen schlankere Prozesse“, erläutert Geschäftsführer Florian Glück. „Auf dem langen Weg zur umfassenden elektronischen Patientenakte vertrauen wir auf unsere Zusammenarbeit mit DMI beim intelligenten Scannen und revisionssicheren Archivieren.“

„Die Kollegen finden es gut, dass die Lösung nicht starr ist – DMI bietet Optionen, die den Fachabteilungen flexibel die Arbeit erleichtern.“

Gertrud Kretschmer
Leiterin Medizincontrolling,
Caritas-Krankenhaus St. Josef, Regensburg

Foto: Caritas St. Josef | Quelle: ArchivAktiv

Optimierung von Prozessen im Vordergrund

St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind vertraut seit Langem den Services und der Software von DMI

Seit vielen Jahren arbeitet das St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind mit DMI zusammen. In der ersten Zeit geschah dies bei dem Grund- und Regelversorger mit ca. 400 Betten in acht Kliniken vor allem mit der Zielsetzung, Platz zu schaffen – durch Mikroverfilmung. Inzwischen besitzt die Unterstützung von Prozessen durch die Lösung des Archivierungsspezialisten DMI einen hohen Stellenwert.

„Die Ziele bei den Prozessverbesserungen, insbesondere bei MDK-Bearbeitung und Privatabrechnung, sind erreicht. Die Akzeptanz bei den Mitarbeitern ist hoch.“

Dr. Jan Haberkorn
Leiter Medizinische Dokumentation (MedDok) und Qualitätsmanagement,
St. Elisabeth-Krankenhaus Köln-Hohenlind

Foto: Melanie Haberkorn | Quelle: ArchivAktiv

Maßgebende Prozessvorteile für Krankenhaus und MDK

Klinikum Chemnitz und MDK Sachsen tauschen elektronisch Patientendaten aus

Wie kann ein Maximalversorger mit fast 70.000 stationären Fällen jährlich bei steigenden Prüfquoten seine argumentationsstützenden Akten dem MDK mit weniger Aufwand bereitstellen? Das Klinikum Chemnitz hat eine Lösung gefunden – gemeinsam mit dem MDK Sachsen, mit dem Archivierungsdienstleister DMI und dem KIS- und Archivsoftwareanbieter Cerber: Der MDK-Prozess ist voll digitalisiert.

„Der digitale Datenaustausch mit dem MDK bringt enorme Einsparungen. Und das Vermeiden der mehrfachen Medienbrüche ist ökologisch äußerst sinnvoll und nachhaltig.“

Dr. Frank Nübler
IT-Leiter,
Klinikum Chemnitz

Foto: Klinikum Chemnitz | Quelle: www.dmi.de

Auf dem langen Weg zur ePA: Prozessunterstützung schon heute

Krankenhaus Agatharied setzt auf Archivierungslösung von DMI

Die Strategien des Krankenhauses Agatharied in Bayern zielen auf eine durchgängig elektronische Patientenakte und ein Gesamtarchiv für sämtliche Arten von Dokumenten, Daten und Bildern. Den alltagstauglichen Status quo sichert das Haus mit seinen 20.000 stationären Fällen jährlich durch eine nachhaltige moderne Gesamtlösung von DMI.

„Ich habe seit der Startphase von den Nutzern nichts mehr gehört – das ist in der IT ja immer ein sehr gutes Zeichen: Die Lösung läuft!“

Michael Guggemoos
Kaufmännischer Direktor,
Krankenhaus Agatharied

Foto: Krankenhaus Agatharied | Quelle: ArchivAktiv

Heute alles digital und auf einen Blick

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht optimiert Erlösmanagement nachhaltig mit DMI

Um die verkürzten MDK-Fristen durch die Einführung der Prüfverfahrensvereinbarungen einhalten zu können, sieht das Johanniter-Krankenhaus Geesthacht nur eine Lösung: Die Papierakten werden digitalisiert und archiviert. Mit dem Dokumentenmanagement- und Archivsystem von DMI schafft das Haus zudem die Grundlage für ein in die Zukunft gerichtetes Erlösmanagement. Aktuell betreut DMI 10 Häuser der Competence Center GmbH.

„Mit der Lösung von DMI sind wir rundum zufrieden – sie hat alle hochgesteckten Ziele erfüllt. Auch für die Arbeit an der digitalen Zukunft fühlen wir uns innerhalb der Gruppe mit DMI gut aufgestellt.“

Carsten Schwaab
Geschäftsführer,
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht

Foto: Johanniter-Krankenhaus Geesthacht | Quelle: www.dmi.de

Prozessvorteile im MDK-Kontext bringen Amortisation

DMI digitalisiert, konsolidiert und integriert Patientenakten für die Universitätsmedizin Göttingen

„Wie in vielen Krankenhäusern war bei uns vordergründig der Engpass bei Archivräumen der Treiber für Veränderungen bei der Archivierung“, erinnert sich Dr. Sebastian Freytag. Investitionen in dieses Szenario erschienen nicht mehr zeitgemäß, so der Wirtschaftsvorstand der Universitätsmedizin Göttingen (UMG). DMI gewann den Zuschlag für den Auftrag mit 63.000 voll- und teilstationären sowie über 200.000 ambulanten Fällen jährlich.

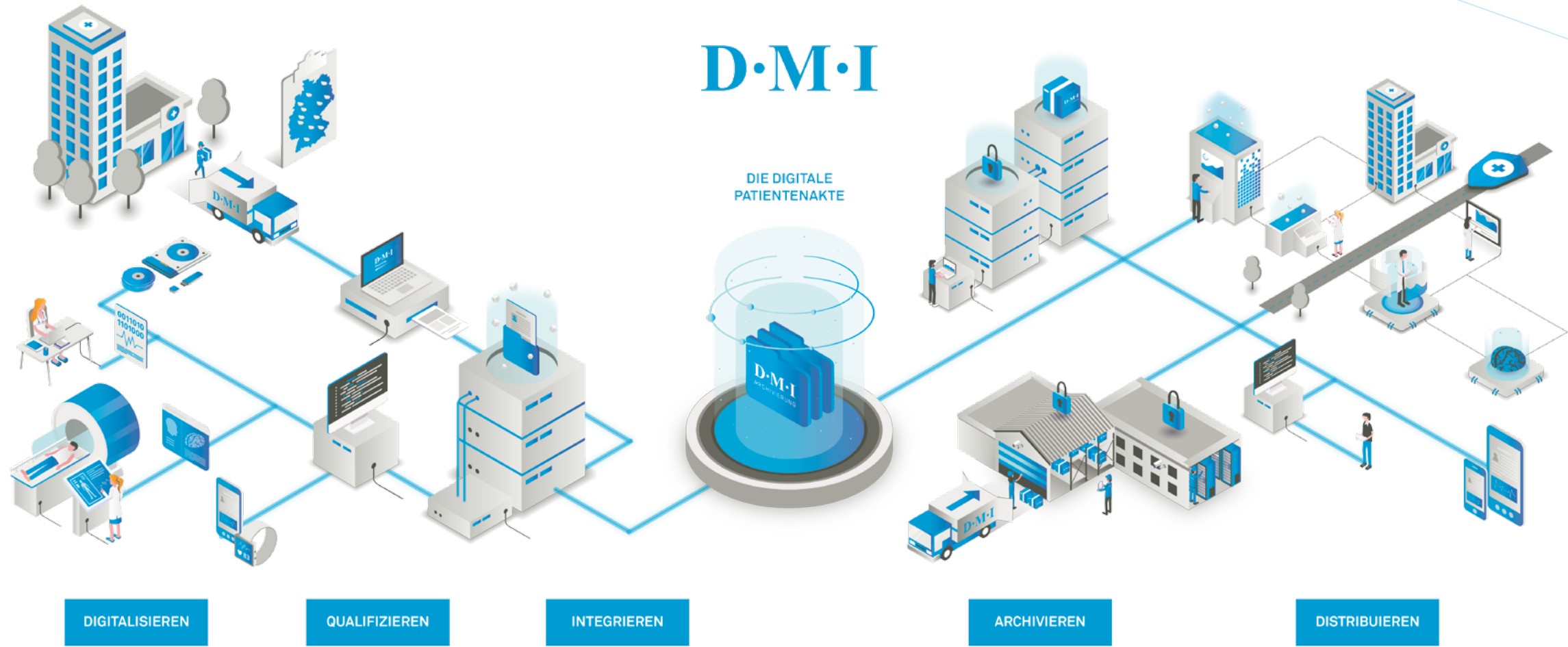
„Bei den Prozessen rund um die MDK-Prüfung bieten konsolidierte Akten aus Digitalisaten und elektronisch erzeugten Dokumenten einen gigantischen Vorteil.“

Dr. Sebastian Freytag
Wirtschaftsvorstand
Universitätsmedizin Göttingen

Foto: UMG | Quelle: ArchivAktiv

Gut aufgestellt mit starkem Netzwerk.

MIT BESTEN EMPFEHLUNGEN UNSERER PARTNER



„Die Anforderungen im Gesundheitswesen werden zunehmend größer. In der Logik konsolidieren und fokussieren sich die großen Player der Gesundheits-IT, um für den Digitalen Wandel passend aufgestellt zu sein. Und dann gibt es noch mittelständische Unternehmen der Gesundheits-IT, die es schaffen, Kontinuität zu erhalten und trotzdem Innovationen aus eigener Kraft zu entwickeln. Das mittelständische Familienunternehmen DMI kenne ich seit Beginn der 1990er Jahre. Unsere Zusammenarbeit begann 2006 (bis 2014 für Siemens und dann für Cerner) mit DMI als Leistungspartner für Digitalisierung und Archivierung. Dabei hat sich DMI innerhalb weniger Jahre zum strategisch wichtigen Partner für Siemens und dann nahtlos weiter für Cerner entwickelt.“

Bernhard Calmer
Director Business Development Central Europe,
Cerner Health Services Deutschland GmbH



„Dienste können durch künstliche Intelligenz aufgewertet werden. ID versorgt über 1.000 Krankenhäuser und Kliniken mit Software für Therapie- und Abrechnungssicherheit. Die Qualität unserer Produkte basiert auch auf künstlicher Intelligenz. DMI ist in diesem Zusammenhang mit seinen angewandten Forschungsleistungen ein wichtiger Entwicklungspartner und in den IT-Dienstleistungen Archivar 4.0 inside von DMI sind die Möglichkeiten von KI schon heute praxisnützliche Realität.“

Dr. Daniel Diekmann
Geschäftsführer, ID Information und
Dokumentation GmbH & Co. KG aA



„Der ambulante und stationäre Leistungsbereich der Gesundheitswirtschaft wächst weiter zusammen. CGM sieht sich hier in der Vorreiterrolle, insbesondere aus der führenden Rolle im Healthcare-IT-Bereich der niedergelassenen und krankenhausgebundenen ambulanten Leistungserbringung. DMI ist für uns ein wichtiger und verlässlicher Partner für Digitalisierung und Archivierung. Ich persönlich schätze DMI sehr - auch schon zu meiner Zeit bei Siemens und Cerner haben wir immer konstruktiv und innovativ zusammengearbeitet.“

Arne Westphal
Senior Vice President, Geschäftsfeld der CGM
Arztinformationssysteme im Bereich DACH



„Erfolgreiche Gesundheits-IT heißt, die besten Spezialanwendungen auf der Grundlage eines einheitlichen Datenmodells zu einem Gesamtsystem zu formen. Die NEXUS hat sich dies zur Aufgabe gemacht, um der Gesundheits-IT ein zukunftssicherer Partner zu sein. Die Digitalisierungsservices und die Langzeitarchivdienste von DMI sind komplementär und steigern den Wert unserer ECM / Archivlösung und unserer gesamten KIS-Lösung. Mit DMI ist es seit Jahren eine gute und verbindliche Zusammenarbeit.“

Dr. Ingo Behrendt
Vorstandsvorsitzender, Nexus AG



„Verlässlichkeit in der Kommunikation ist die Basis für funktionierende Prozesse. Seit 1995 liefert Health-Comm mit dem Kommunikationsserver Cloverleaf und kompetenten Consultingdienstleistungen die Grundbasis für eine gesicherte Kommunikation. Unsere Kunden gewinnen zudem Unabhängigkeit und Flexibilität von Einzelsystemen und proprietären Schnittstellen. Somit bleiben sie Herr ihrer Daten für ein zukünftiges Wissensmanagement. Seit 2017 gehören wir mehrheitlich zur DMI-Gruppe und sind damit Bestandteil des Zukunftsprogramms Archivar 4.0.“

Karl-Heinz Gobrecht
Geschäftsführer, Health-Comm GmbH



„Mit der Konsolidierung aller medizinischer Daten innerhalb eines Systems haben wir den Gedanken einer interoperablen und praxisorientierten IT-Strategie über die letzten zehn Jahre systematisch weitergedacht. Das JiveX Healthcare Content Managementsystem sorgt dafür, dass Prozesse rund um medizinische Informationsverarbeitung und den -austausch einfach und effizient werden. DMI ist für uns ein wichtiger Partner mit Blick auf Digitalisierungsservice, Langzeitarchivierung und die Abbildung medizin-ökonomischer Prozesse.“

Rudolf Heupel
Prokurist und Vertriebsleiter
D-A-CH, Visus Health IT GmbH

➤ Prozessoptimierung von DMI mit den Health Data Office Leistungen Archivar 4.0 inside. – So meistern Krankenhäuser die MDK-Reformgesetz-Regelungen

- Zeitnahe Digitalisierung von Papierakten über das DMI Logistik-Netzwerk (Expertise: 35 Logistik Hubs und 57 Servicestellen)
- Konsolidierung mit originär elektronischen Dokumenten (Expertise: Verfügbarkeit eines etablierten Kommunikationsservers (Cloverleaf))
- Automatische Belegerkennung und Vollzähligkeitsprüfung der Akte (Expertise: 40.000 Patientenakten pro Tag)
- Digitale Langzeitarchivierung (p/e/iDPaaS) mit Revisionsdiensten (Expertise: Jede zweite Patientenakte)
- Dokumentenmanagement mit Schnittstellen zu allen KIS und MD (via HL7 / ADT und MDM)
- Metadaten-Repository und Technologiebasis im Kontext von IHE und der Standards von HL7/FHIR (Expertise: IHE Connectathon, Referenzen führender FHIR-Spezialisten)
- AVP 8 als DMS mit Zusatzfunktionalitäten für Kodierung, Rechnungsstellung und MD-Prüfbearbeitung: Annotieren, Markieren, Selektieren (Expertise: 450 Installationen)
- Aufnahme von Informationen aus MD-Prüfanfrage in AVP 8
- Bereitstellung argumentationsstützender Dokumente in elektronischer Form an den MD

so lassen sich in der Software AVP (Version 8) relevante Parameter für die Bearbeitung durch verschiedene Mitarbeiter auflisten. „Eine Selektion in der Akte ist bequem elektronisch zu realisieren; sie ermöglicht den Einbezug der Dokumentanforderung seitens des MD durch das Matchen der MD-Dokumentbezeichnungen mit den hausindividuellen Dokumententypnamen“, erläutert Bosk. So stehen die digitalen Unterlagen für den künftig geforderten elektronischen Austausch mit dem MD zur Verfügung. Schnell, von hoher Prozesssicherheit, unaufwändig und flexibel – das ist der An-

satz, den ein Dienstleister wie DMI den Krankenhäusern vor dem Hintergrund des weiter steigenden Drucks bietet. Bosk betont: „Mit zertifizierten Services und leistungsstarken Tools stellen sich die Häuser auf die Forderungen nach Korrektheit ebenso ein wie auf den schwer vorhersagbaren Ressourcenbedarf für die Prüfbearbeitung.“ Analysen der Dokumentation durch den IT- und Archivierungsdienstleister, so der Fachmann weiter, ermöglichen den Leistungserbringern die Optimierung ihrer Dokumentationsprozesse im Zusammenhang mit Vollständigkeit und rascher Bereitstellung. ■

DMI live.

Immer und überall gut informiert.

Ganz gleich, ob internationale Branchenmessen, innovative Fachkongresse, Webinare oder die DMI Referenzveranstaltung Information Breakfast – wir sind überall für Sie präsent und beantworten gerne Ihre Fragen. Nutzen Sie die Möglichkeiten, sich über Ihren individuellen Weg im Digitalen Wandel mit der passenden Lösung von DMI zu informieren.

Aufgrund der aktuellen Situation finden keine Live-Veranstaltungen statt. Eine Übersicht aller digitalen Informationsangebote finden Sie unter www.dmi.de/veranstaltungen

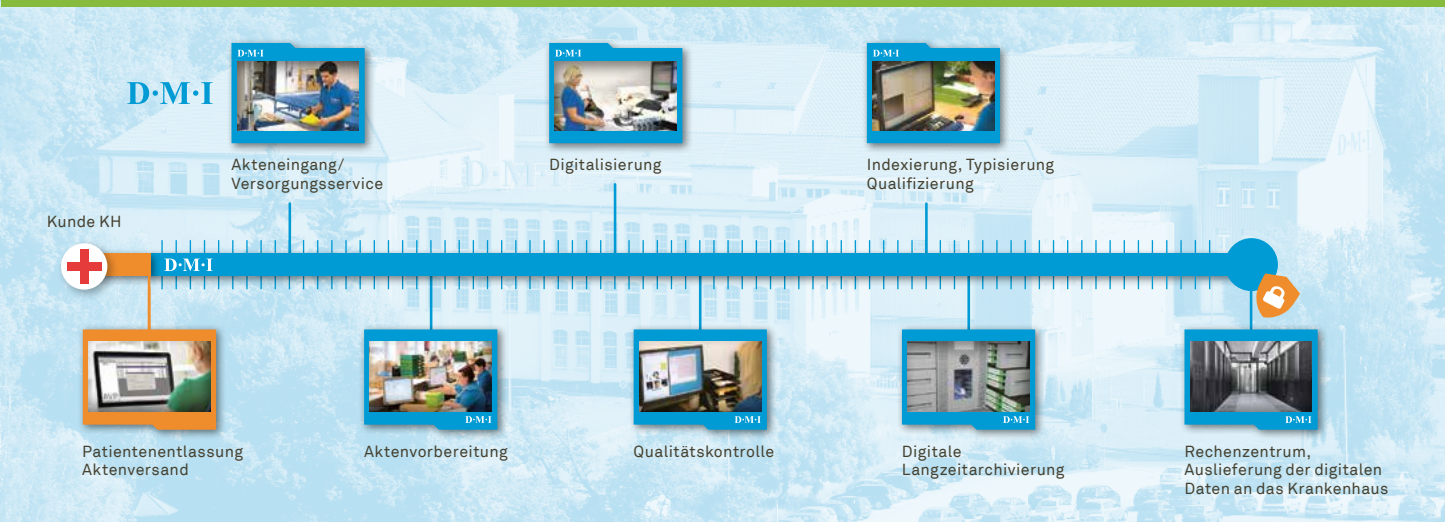
Besuchen Sie uns virtuell auf der DMEA 2020 exklusiv im Internet!

DMEA sparks
16.–18. Juni 2020



Weitere Informationen
www.dmi.de/dmea

DMEA sparks: Virtueller Rundgang durch Europas größtes Digitalisierung- und Archivierungszentrum



Verantwortung für Archivierung: Bereits mehr als 800 Krankenhäuser vertrauen auf die Sicherheit und Servicequalität von DMI. Ein Besuch unseres Dienstleistungszentrums im sächsischen Leisnig zeigt die zertifizierten Prozesse, mit denen wir als Archivierungsspezialisten mit jahrzehntelanger Erfahrung die hochsensiblen Patienteninformationen verarbeiten.

Begleiten Sie uns im Rahmen der DMEA sparks auf einen Online-Rundgang durch das Dienstleistungszentrum Leisnig. Verschaffen Sie sich so einen Einblick

vom Gesamtprozess: Monitoring der Akte ab der Patientenaufnahme über die Digitalisierung und Qualifizierung der Unterlagen hin zur Rückübermittlung der Daten mit Integration in die Krankenhausinformationssysteme und der revisionssicheren digitalen Langzeitarchivierung. Im DMI Dienstleistungszentrum verarbeiten mehr als 550 Menschen Patientenakten für Krankenhäuser in der gesamten Bundesrepublik – unterstützt durch modernste Technologien.

Seien Sie live dabei und stellen Sie unseren Fachleuten Ihre konkreten Fragen.



Impressum

Herausgeber:
DMI GmbH & Co. KG
Otto-Hahn-Straße 11–13
48161 Münster
Tel 02534 8005-0
Fax 02534 8005-20
info@dmide.de
www.dmi.de

Fotos:
S. 1: iStock/Chalirmpoj Pimpisarn; Editorial: Stadtgören Fotografie; S. 2 Krankenhausgesellschaft Sachsen; S. 3 o. persönlich / Dr. N. v. Schroeders; u. Natascha Loskant; S. 4: li. Caritas-Krankenhaus St. Josef, Mitte. St. Elisabeth-Krankenhaus; re. Klinikum Chemnitz; S. 5: li. Krankenhaus Agatharied, Mitte Johanniter-Krankenhaus Geesthacht, re. UMG/R. Schmidt; S. 4/5: Grafik: DMI; S. 6/7: Grafik: avency GmbH, v. li. persönlich / Bernhard Calmer, Daniel Diekmann, Arne Westphal, Dr. Ingo Behrendt, Karl-Heinz Gobrecht, Rudolf Heupel; S. 8 li. Morsey & Stephan, re. r. classen/shutterstock.com

Auflage:
8.000 Stück

Redaktion:
Michael Reiter (verantwortlich; Autor S. 1, 2, 3, 8), Vera Scheiper, Matthias Lütke Wenning

Koordination:
Vera Scheiper

Bildmanagement:
Natascha Loskant

Korrektorat:
Martina Stegemann

Veranstaltungstermine:
Rufina Wieners

Redaktionsschluss:
01.06.2020

Gestaltung/Satz:
www.tryxz.de

Druck:
www.thiekoetter-druck.de