



Berichts-und Anfragemanagement (BAM)

Entlastung Ärzteschaft vom administrativen Aufwand durch Versicherer-Rückfragen

März 2019

Die hohe Arbeitsbelastung der Ärzteschaft am Spital durch administrative Aufgaben ist bekannt. Ein grosser Teil dieser Belastung betrifft Rückfragen der Versicherungen (Krankenkassen, Unfallversicherungen, IV und verschiedene Zusatzversicherungen), sowie Patientenfragen zu Versicherungsleistungen.

Pro Jahr werden am Luzerner Kantonsspital (LUKS) rund 400 000 ambulante und 50 000 stationäre Rechnungen ausgestellt. Das LUKS muss die Korrektheit der Rechnung und die Leistungspflicht des Versicherers belegen. Als Antwort auf die zunehmende Anzahl und Komplexität der Anfragen von Seiten der Versicherungen wurde vor 5 Jahren am LUKS das Berichts- und Anfragemanagement (BAM) gegründet. Als spezialisiertes Team übernimmt das BAM die Beantwortung vieler Anfragen und entlastet dadurch Ärzteschaft und Finanzabteilung.

Ausserdem trägt es dazu bei, dass die Patienten einen fairen Zugang zu einer bezahlbaren Gesundheitsversorgung erhalten.

Diese Anfragen betreffen bereits erfolgte ambulante und stationäre Leistungen des Spitals, hier müssen die Voraussetzungen der Vergütung belegt werden. Beispiel:

- «Herr XY wurde am 5.3.2018 entlassen. Unser Vertrauensarzt hat festgestellt, dass er bereits am 20.2.2018 hätte entlassen werden können. Begründen Sie die weitere Akutspitalbedürftigkeit»
- «In der Schwangerschaft werden nur zwei Ultraschall-Untersuchungen bezahlt, Sie haben drei durchgeführt. Bei fehlender Pflichtleistung ist Rechnung der Patientin auszustellen»

Ein Kostengutsprache gesuch erfolgt bereits vor der Erbringung der Leistung durch das Spital und umfasst die Verhandlung mit der Versicherung über die Leistungsübernahme. Beispiel:

- «Diese Operation kann ambulant durchgeführt werden. Wir zahlen nur nach Tarmed»
- «Das Medikament wird nicht vergütet, Limitatio der Spezialitätenliste ist nicht erfüllt»

Die Versicherungen richten Leistungen zur Existenzsicherung u.a. bei Arbeitsunfähigkeit aus und benötigen dazu medizinische Informationen zur Prüfung. Beispiel:

- «Sie haben bei der Patientin seit dem 15.8.2018 eine 100% Arbeitsunfähigkeit attestiert. Wir benötigen weitergehende Informationen zur Abklärung»

Kompetenz, die lächelt.



Das BAM wird durch zwei Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt FMH geleitet, und umfasst ein Team von SachbearbeiterInnen mit Schwerpunkt Versicherungsmedizin, Finanzwesen und Medizinsekretariat. Die Anfragen werden dabei basierend auf den schriftlich festgehaltenen medizinischen Informationen und den entsprechenden gesetzlichen und tariflichen Grundlagen beantwortet.

Sind die medizinischen Unterlagen nicht ausreichend, wird der behandelnde Arzt konsultiert. Damit kann die Ärzteschaft von rund 90% der administrativen Belastung durch Versichereranfragen entlastet werden. Im letzten Jahr wurden über 52'000 Versichereranfragen durch das BAM mit einer durchschnittlichen Latenz von 2 Kalendertagen beantwortet. Dabei werden rund 70% der Anfragen durch die Übermittlung eines bereits existierenden klinischen Berichts beantwortet, in 30% muss eine neue Stellungnahme verfasst werden. Die neu erstellten Stellungnahmen werden, sofern zulässig, als ärztliche Berichte den Versicherungen verrechnet. Durch die zahlreichen Nachfragen werden zu tief fakturierte Rechnungen identifiziert und umgehend korrigiert.



Das BAM stellt eine spital-interne versicherungsmedizinische Anlaufstelle dar, welche bei entsprechenden Fragen von der Ärzteschaft jederzeit kontaktiert werden kann.

Dadurch gelingt eine Professionalisierung der Kommunikation mit den Versicherungen, eine Entlastung der Ärzteschaft von administrativem Aufwand und durch die schnelle und präzise Beantwortung insgesamt eine Verbesserung des Unternehmensergebnis.

Leitung

Dr. med. Regula Briellmann

Dr. med. Sejla Arnold

Sekretariat: berichte.luks@luks.ch

www.luks.ch