

«Mit der Sicht von Aussen der Zeit voraus.»

MALK
MEDIZIN
CONTROLLING AG

**«Wir befähigen unsere Kunden, einen rasch möglichen
>Return on Investment< zu erreichen und innert nützlicher Frist
die Projekte eigenständig durchzuführen.»**

Medizincontrolling in der Schweiz

**Ein neues Berufsbild sucht
seinen Weg**

>> Publikation Nr. 7 <<

MALK
MEDIZIN
CONTROLLING AG
Alpenblickstrasse 20
CH – 8853 Lachen SZ
Telefon +41 55 412 25 16
Telefax +41 55 412 25 64
Mobile +41 79 445 40 21
malk@medizincontrolling.ch
www.medizincontrolling.ch

Inhalt	Seite
1 Warum Medizincontrolling	3
1.1 Die Anreize des neuen Vergütungssystems „DRG“	3
1.2 Die neuen Teilnehmer im Vergütungssystem „DRG“	4
1.2.1 Teilnehmer seitens Leistungserbringung	4
1.2.2 Teilnehmer seitens Kostenträger	4
1.2.3 Teilnehmer seitens Kunden	5
1.2.4 Teilnehmer seitens Spital-Management	5
1.3. Die neuen Themen im Vergütungssystem „DRG“	6
1.3.1 Leistungsorientierte Abgeltung	6
1.3.2 Transparenz im Leistungsgeschehen	7
1.3.3 Entwicklung von Patientenpfaden	7
1.3.4 Verkürzung der Aufenthaltsdauer	7
1.3.5 Kostensenkung im Materialverbrauch	7
2 Das Berufsbild des Medizincontrollers	8
2.1 Bindeglied zwischen Medizin und Ökonomie	8
2.2 Hierarchische Eingliederung des Medizincontrollers	10
2.3 Zusammenarbeit mit Schnittstellen im Spital	10
2.3.1 Patientenmanagement	11
2.3.2 Prozesse und Qualität	11
2.3.3 Medizinische Dokumentation	11
2.3.4 Kodierung	13
2.3.5 Berichtswesen	14
3 Medizincontrolling – oder das Geheimnis des Deckungsbeitrages	15
4 Zusammenfassung	18

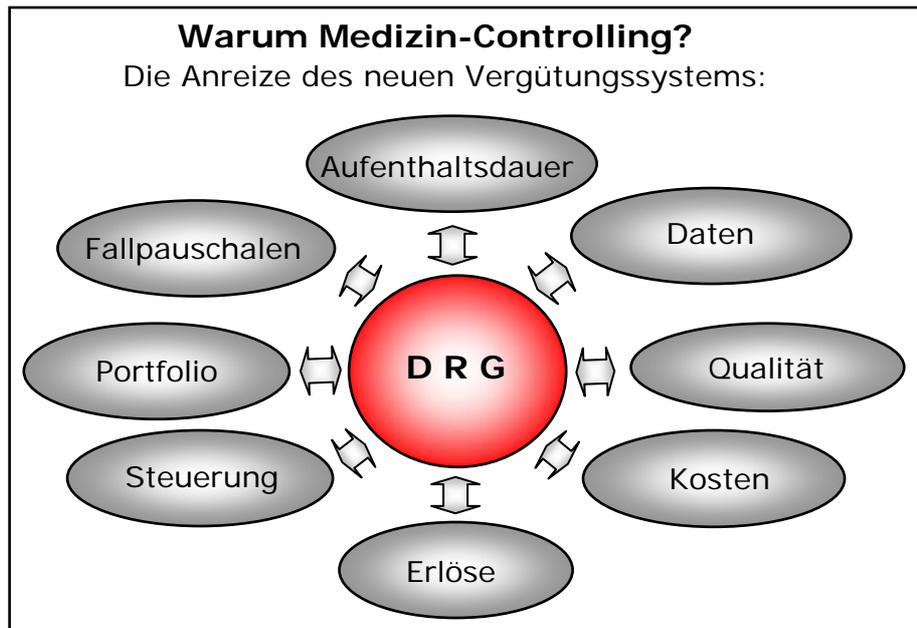
Medizincontrolling in der Schweiz: Ein neues Berufsbild sucht seinen Weg

1. Warum Medizincontrolling

1.1 Die Anreize des neuen Vergütungssystems „DRG“

Mit der Einführung eines neuen schweizerischen Vergütungssystems „DRG“ für akut stationäre Leistungen bieten sich viele neue, jedoch auch alt bekannte Anreize, welche sich nun neu beurteilen und auslegen lassen. Diese neuen Anreize sind:

- ▶ Verkürzung der akut stationären Aufenthaltsdauer als primäres Ziel von DRG-Systemen
- ▶ Neu-Generierung von Kennzahlen und daraus resultierenden ökonomisch-medizinischen Daten
- ▶ Qualitätsindikatoren und Messmethoden von ökonomisch-medizinischen Kenngrössen
- ▶ Konsolidierung, allenfalls Optimierung von Erträgen der akut somatischen Spitalaufenthalte aus Sicht Spitäler
- ▶ Überprüfung der Kosten von stationären Behandlungsfällen und deren Gegenüberstellung mit den über DRG generierten Erträgen
- ▶ Steuerung der durch die Kennzahlen generierten Ergebnisse für eine neue Betrachtungsweise von einer „medizinischen Ökonomie“ oder einer „ökonomischen Medizin“
- ▶ Ausrichtung des Leistungsspektrums, resp. des „Produktportfolios“ eines Spitals auf Kosten und Erträge der einzelnen Spitalfälle, resp. „DRG“
- ▶ Fallpauschalen-induzierte Anpassung der Prozesse und der Arztverträge



Bis 2009/2010 findet eine „schleichende“ Einführung von AP DRG statt. Ab 2009/2010 wird aller Voraussicht nach auf das „Swiss DRG“ gewechselt, welches seinen Ursprung im deutschen System, „G-DRG“ (German DRG) hat und für die Schweiz „helvetisiert“ werden soll. Für weitergehende Informationen sei auf die Kapitel „Spital-Finanzierung“ und „DRG“ dieses Lehrganges verwiesen.

Ganz gleich welches von diesen beiden Systemen gerade zur Anwendung kommt, die Anreize bleiben identisch. Ebenso wie die Anreize sind die Teilnehmer in diesen „DRG-Systemen“ zum Teil neu. Neu sind auch die Perspektiven, die in den Mittelpunkt der Interessen rücken.

1.2 Die neuen Teilnehmer im Vergütungssystem „DRG“

1.2.1 Teilnehmer seitens Leistungserbringung

Aus Sicht Leistungserbringung sind dies zunächst die Ärzte (innerhalb, wie auch ausserhalb von Spitälern) und die Pflege (innerhalb und ausserhalb von akut somatischen Spitälern). Therapeuten in den Spitälern gehören ebenfalls verstärkt zu den nun aus neuen Perspektiven zu betrachtenden Leistungserbringern, welche durch die Einführung von „DRG“ tangiert werden.

1.2.2 Teilnehmer seitens Kostenträger

Aus Sicht Kostenträger werden es die bis anhin bekannten „Player“, die Kantone und Versicherer, bleiben, wenngleich dies auch aus vollkommen neuen Perspektiven geschehen wird. Die neuen Perspektiven liegen eindeutig in der Vergleichbarkeit und in den zunehmenden Steuerungsmöglichkeiten unter DRG-basierten Finanzierungssystemen. Wenngleich bereits jetzt schon bei einer kantonalen Globalbudgetierung über DRG in den Kantonen Graubünden, Schwyz, Aargau und

Bern zum Teil versucht wird, die Gesundheitskosten in den Spitälern zu reduzieren, bleibt das System APDRG der Nachweis nach wie vor schuldig, dies zu vermögen.

1.2.3 Teilnehmer seitens Kunden

Die „Patienten und Besucher“ werden namentlich als Kunden benannt. In Ihrer Zusammensetzung werden sie wie bisher auch von Spital zu Spital wechseln. Tangiert werden diese von neuen Finanzierungssystemen auf jeden Fall. Unter „DRG“ werden die Berührungspunkte der Patienten und Besucher jedoch eher stärker als unter einzelleistungsbezogenen Finanzierungssystemen. Hier ist nicht die sogenannte „blutige Entlassung“ (zu frühe Entlassung von akut somatischen stationären Spitalfällen) gemeint, welche gerne aus Unwissenheit und verbreiteten Ängsten heraus publiziert wird, sondern vielmehr die aus der Aufenthaltsdauerverkürzung resultierende Nachsorge in poststationären Einrichtungen und zu Hause. Hinzu kommen Unverständlichkeiten des Systems „DRG“, welches im Sinne jeglicher Fallpauschalensysteme den Vor- und Nachteil hat, die gleiche Abgeltung über einen bestimmten Zeitstrahl zu generieren. So kann u.a. durchaus für Privatpatienten mit 25 Stunden akut stationärem Spitalaufenthalt eine Rechnungssumme von über CHF 12'000.00 entstehen. Hier muss man seitens Besucher und Patienten nicht zwingend auf Verständnis stossen. Mögliche Lösungsansätze für diese Problematiken liegen auch in der Hand von Medizincontrollern, welche die Kunden über selbst erarbeitete und einfach verständliche Informationsbroschüren zu DRG- und deren Auswirkungen in Kenntnis setzen.

1.2.4 Teilnehmer seitens Spital-Management

Nach wie vor sind hier die Spitalleitung und die Direktion zu nennen, ebenso wie das Finanz- und Rechnungswesen, welches nun auch in neue Richtungen (= > DRG) denken wird. Die Patientenadministration alleine muss schon neue Perspektiven und Wege „denken und gehen“. So wird auch sie im Rahmen von diagnose- und therapiebezogenen Finanzierungssystemen bei der Rechnung neuen Systematiken begegnen. Im Rahmen der für die Patientenadministration nachvollziehbaren statischen Tagessätze von bis anhin ca. CHF 800.00 pro Tag (ungefährer Satz der MTK für UV/IV/MV-versicherte Patienten) für einen stationärem Spitalaufenthalt, muss sich die Patientenadministration nun neu orientieren. Nicht selten sind die Unterschiede auf den einzelnen Patientenrechnungen enorm und differenzieren von CHF 2'000.00 bis über CHF 50'000.00 pro stationärem Spitalaufenthalt. Hier ist Verständnis und Nachvollziehbarkeit gefragt.

Neu ist auf Ebene des Spitalmanagements nebst dem im Folgenden beschriebenen Medizincontrolling vor allem die Kodierung zu nennen. Vor einer „schleichenden“ Einführung von APDRG waren die Kodierer in den Spitälern „Randgruppen“, welche doch ein eher wenig berücksichtigtes „Dasein“ fristeten. Tagtäglich erfasseten sie ihre Diagnosen und Therapien über die ICD- und CHOP-Kodes und wenige

Persönlichkeiten haben sich innerhalb und ausserhalb des Spitals für die statistische Erfassung und Auswertung interessiert. In DRG-Zeiten ändert die statistische Kodierung in eine finanzierungslastige und statistische Kodierung. Dies hat in der Wichtigkeit der generierten Ergebnisse nun ganz andere Auswirkungen auf die Persönlichkeiten, welche sich mit der Kodierung befassen. Letztendlich ist es so und damit neu, dass der Kodierer eines Spitals die Rechnung an den Kostenträger und den Kanton generiert. Gefragt sind daher vermehrt Persönlichkeiten mit enormem Wissen. Nicht nur deshalb gehört der Kodierer in das Spitalmanagement.

DRGs und ihre Anreize	
Die Teilnehmer	
Die Leistungserbringer	Die Kostenträger
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ärzte ▶ Pflege ▶ Therapeuten 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Katone ▶ Versicherer
Das Spital-Management	Die Kunden
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Spital-Leistung ▶ Finanz- und Rechnungswesen ▶ Patientenadministration ▶ Kodierer 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Patienten ▶ Besucher

1.3 Die neuen Themen im Vergütungssystem „DRG“

Jede Form von Abgeltung hat ihre spezifischen Themen. Im Folgenden seien die wesentlichsten Themen genannt:

1.3.1 Leistungsorientierte Abgeltung

Eine leistungsorientiertere Abgeltung der akut stationären Spitalaufenthalte, in Form der „DRG“, zwingt zu wirtschaftlichem Denken und Handeln. Eine Erhöhung der Produktivität von medizinischen Behandlungen ist aus ökonomischer Sicht unabdingbar, sofern es den Patienten als Kunden nicht negativ tangiert. Doch ist hier die Frage nach der Produktivität etwas detaillierter zu beschreiben. Produktiv im wirtschaftlichem Sinne heisst hier, die Leistungen am und für den Patienten (Kunden) ökonomisch anstatt >nur< medizinisch zu betrachten und auszurichten. Dies bedeutet keine Abkehr vom „hipokratischem und pflegerischem Eid“, sondern eine finanzierungsrelevante Zusatz-Betrachtungsweise, welche die doch überwiegend hervorragende Medizin auch aus Sicht Kosten und Erträge durchleuchten sollte. So sind zum Beispiel Doppelarbeiten am Patienten, welche aus medizinischer Sicht vermeidbar sind, ökonomisch unerwünscht und daher zu vermeiden. Hier muss eine Ablauf- und Prozessoptimierung mit dem Ziel einer weitgehenden Standardisierung erfolgen.

1.3.2 Transparenz im Leistungsgeschehen

Sämtliche im und ausserhalb des Spitals erbrachten Leistungen müssen hinsichtlich Ausführung und Planung transparent sein. Durch Zahlen im herkömmlichen Sinne, den zugrunde liegenden Fakten und den daraus resultierenden Daten wird dies erklärbar. Mit Hilfe von Kennzahlen werden die Abläufe zusätzlich messbar. Das Ziel der Transparenz ist letztendlich die Vergleichbarkeit von Leistungen (herkömmlich bekannt unter dem Synonym „Benchmark“, welche ein Vergleich am Besten darstellt) innerhalb und ausserhalb des Spitals. Inwieweit dies auch wirklich möglich sein wird, bleibt abzuwarten. Sicher sind bis anhin praktizierte Vergleiche anhand von einzelnen Tracer-Diagnosen mit Komplikationen und Komorbiditäten, welche die „Wahrheit“ durch eine nicht vergleichbare schweizweite Kodierung verwischt, nicht wirklich brauchbare Methoden für einen „Benchmark“. Überregionale Spitalvergleiche von unterschiedlichen Behandlungs- und Bettenkapazitäten bieten ebenso wenig brauchbare Transparenz wie losgelöste Einzelmessungen von Behandlungen, da sie in den seltensten Fällen zwischen 2-3 „Gleichen“ durchgeführt werden.

1.3.3 Entwicklung von Patientenpfaden

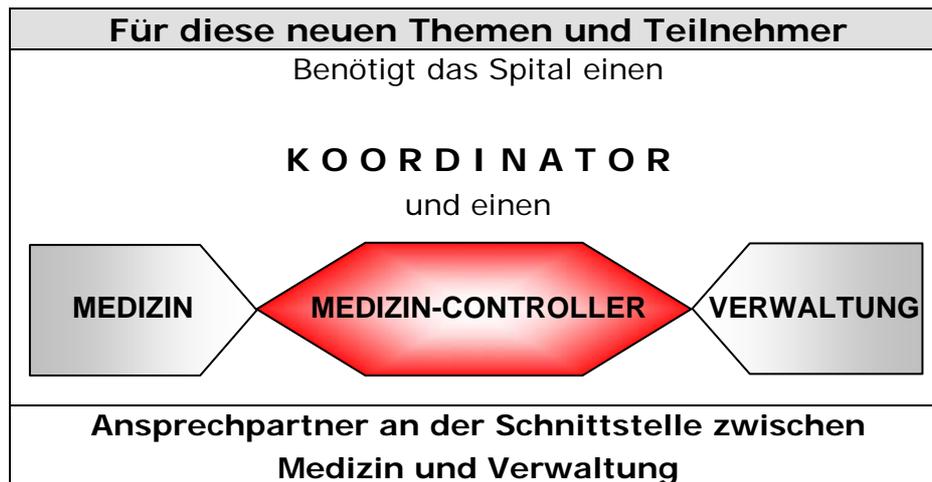
Patienten- und Behandlungspfade dienen einer medizinischen, jedoch ökonomisch inspirierten Prozessoptimierung im Spital. Managementintegrierte Patientenpfade, welche in der Schweiz recht bekannt sind, bieten einen ansatzweise guten Weg, Standardisierungen vorzunehmen. In diese Richtung muss jedes Spital nachdenken, will es „DRG“ mit Hilfe medizinischer Ansätze ökonomisch optimiert integrieren.

1.3.4 Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Die Verkürzung der akut somatischen stationären Aufenthaltsdauer ist ein primäres Ziel von „DRG-Systemen“. Hierbei steht auch eine beabsichtigte Reduktion der Kosten im Vordergrund. Allerdings sollte die Verkürzung der Aufenthaltsdauer nicht isoliert betrachtet werden, da mit ihr nur bedingt gespart werden kann. Ohne Personal- und Prozessanpassungen können lediglich Bestandteile von „variablen Kosten“ einer Kostensenkung unterzogen werden. Jedoch bietet eine Aufenthaltsdauerreduktion die Möglichkeit, den Patientendurchlauf im Spital zu erhöhen und die besagten Prozesse auf Doppelspurigkeiten zu durchleuchten.

1.3.5 Kostensenkung im Materialverbrauch

Kostensenkungen sind bei Einführung von DRG elementare Bestandteile. Labor, Apotheke, zentraler Einkauf, Operations- und Intensivabteilungen sind ebenso zu durchleuchten, wie Notfallabteilungen. Die Thematik Kostensenkung im Gesundheitswesen – und spezifiziert im Spital – sind zwar keine neue Themen, werden jedoch in den nächsten 10 Jahren den Spitalmarkt zunehmend beherrschen.



2. Das Berufsbild des Medizincontrollers

2.1 Bindeglied zwischen Medizin und Ökonomie

An der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie fungiert der Medizincontroller als Bindeglied zweier Berufsgruppen, welche unterschiedlicher nicht sein können. Die Medizin der Leistungserbringer (Ärzeschaft und Pflege, sowie Therapeuten) und die Ökonomie, welche in der Regel vom Verwaltungsapparat eines Spitals durchgeführt wird, benötigt eine Verbindung zweier Interessen und Sprachen. Bis anhin – und dies ist offensichtlich der Sinn in der Medizin – war der Arzt als „Heiler“ mit wenig wirtschaftlichen Interessen das „Enfant terrible“ der Gesellschaft im Gesundheitswesen. Wirtschaftlichkeit und Betriebswirtschaft waren und sind kaum ein Bestandteil eines Medizinstudiums.

Umgekehrt ist das Spitalmanagement, also die Verwaltung und die Spitaldirektion, bisher in der Regel nicht medizinisch geschult und das Tätigkeitsfeld auch nicht medizinisch ausgerichtet. Bis anhin war es nicht zwingend notwendig, dass der eine dem anderen seine Sprache versteht. In einem medizinisch-ökonomischen Fallpauschalensystem zur Abgeltung medizinischer Leistungen unter betriebswirtschaftlicher Betrachtung wird es darum gehen diesen Abstand deutlich zu verringern und beide Gruppen einander anzunähern.

Hier wird eine Persönlichkeit, eben der Medizincontroller, als „der Baustein“ gefordert sein, der als Schnittstelle beider Berufsgruppen und Interessen fungiert. Somit betrachtet er die medizinischen Interessen und Prozesse aus ökonomischer Sicht unter dem Fokus der Wirtschaftlichkeit (daher Kosten- und Ertragsbetrachtung). Hierbei ist keinesfalls die Idee, sich in medizinische Belange des Kliniklers einzumischen, sondern als verlängerter Arm beider Berufsgruppen zu vermitteln und zu erklären.

Letztendlich bedeutet dies, dass er praktisches medizinisches Verständnis und Wissen, sowie Spitalerfahrung ebenso benötigt, wie erlerntes theoretisches Hintergrundwissen. Es muss nicht zwangsläufig so sein, dass der Medizincontroller

unbedingt „Arzt“ sein muss, jedoch kann dies die Akzeptanz bei den Leistungserbringern wie auch in der Ökonomie erhöhen. Nicht selten ist eine Kommunikation „auf Augenhöhe“ erforderlich. Auf jeden Fall muss der Medizincontroller als Persönlichkeit nebst der medizinischen- und ökonomischen Aus- und Weiterbildung bei allen Berufsgruppen anerkannt sein, sowie über gute bis sehr gute Kommunikations- und Konfliktlösungsstrategien verfügen. Dies bedeutet, dass er über eine gute Ausbildung in Kommunikation und Konfliktmanagement verfügen sollte.

Nebst der fachlichen Akzeptanz sollte der Medizincontroller eine breit abgestützte persönliche Respektperson in allen Spitalhierarchien sein. Er verfügt über gute Interpretations- und Verhandlungsgeschicke, da er mit fachbezogenen Persönlichkeiten und Institutionen spitalintern und spitalextern verhandeln und kommunizieren muss:

Spitalinterne Persönlichkeiten und Institutionen

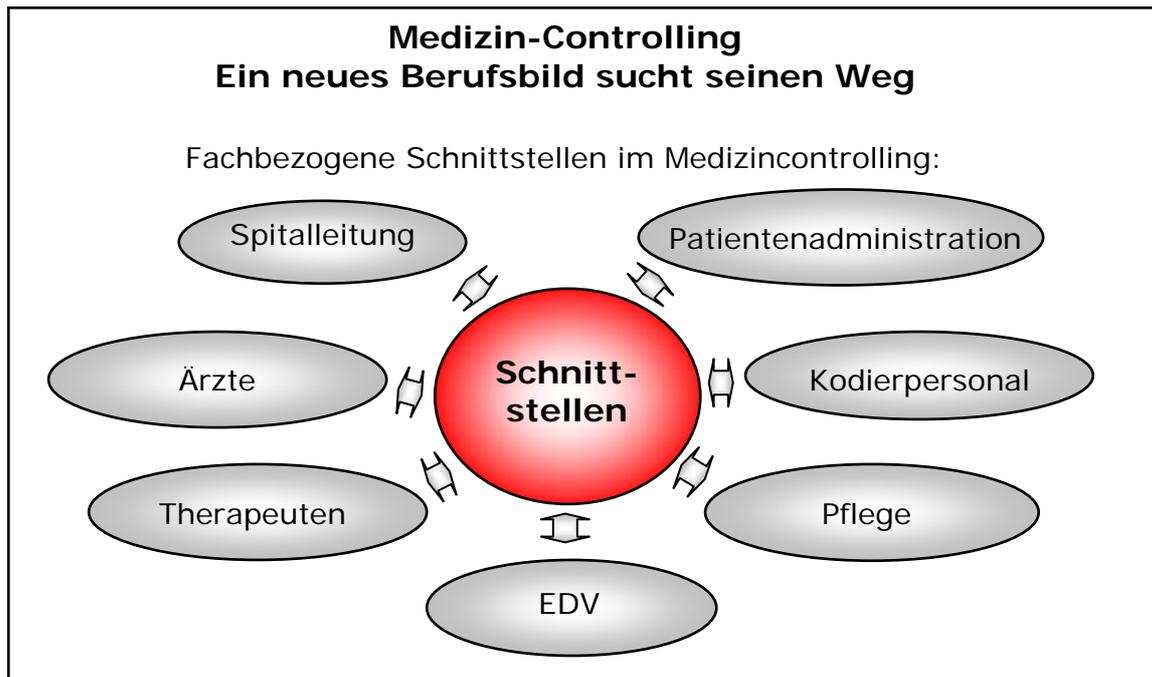
- ▶ Ärzteschaft und Pflege
- ▶ Therapeuten
- ▶ Informatik
- ▶ KodiererInnen
- ▶ Patientenadministration und Fakturierung
- ▶ Spitalleitung und Direktion

Spitalexterne Persönlichkeiten und Institutionen

- ▶ Nachbehandelnde Institutionen
- ▶ Kanton
- ▶ Versicherer
- ▶ Hausärzte

Nebst diesen mannigfaltigen fachbezogenen Persönlichkeiten und Institutionen zählt die Kodierung zu einem seiner Haupt-Verständnisfelder. Der Medizincontroller ist nicht nur der Vorgesetzte des Kodierers, sondern vor allem sein direkter Ansprechpartner. Dies bedeutet, dass der Medizincontroller über Kodierwissen, Regelwissen und Problemlösungsstrategien aus dem Kodierumfeld verfügen sollte.

Der Medizincontroller vermittelt die Kodier-Ergebnisse an die Leistungserbringer und an die Ökonomie. Daher hat er Kenntnisse über bedeutende Kennzahlen und deren Interpretation aus dem Datenpool. In der letztendlichen Konsequenz bedeutet dies, dass er Kostenrechnungsdaten versteht und interpretieren kann. Medizinische Handlungen kann er nachvollziehen und sinnvoll erklären.



2.2 Hierarchische Eingliederung des Medizincontrollers

Da der Medizincontroller an der Schnittstelle mit externen und internen Leistungserbringern, der Finanz- und Controllingabteilung, den Chefärzten und der Spitalleitung, der Informatik und der Kodierung sehr eng zusammenarbeitet, sollte er organisatorisch und strategisch im Organigramm des Spitals mindestens auf gleicher Ebene wie der Finanzcontroller in Form einer Stabsstelle unterhalb der Geschäftsleitung eingegliedert sein. Er ist auf jeden Fall der Verwaltung unterstellt und kommuniziert auf „Augenhöhe“ mit den Leistungserbringern. Er entlastet den Leistungserbringer von administrativen Aufgaben und hilft der Ökonomie medizinische Zusammenhänge zu verstehen und zu interpretieren.

In Stellenprozenten veranschlagt man spitalintern mindestens 50 Stellenprocente für ca. 6'000 stationäre Spitalfälle. Es ist durchaus möglich, dass eine Kodierstelle mit einer Medizincontrollingstelle gepaart oder halbiert wird. Auch ist denkbar, das Medizincontrolling nach extern zu verlagern, um innerhalb des Spitals weniger Angriffsfläche zu bieten.

2.3 Zusammenarbeit mit Schnittstellen im Spital

Der Medizincontroller arbeitet zusammen mit der Spitalleitung und der Direktion, der gesamten Ärzteschaft im und ausserhalb des Spitals, mit der Pflege, mit der Kodierung und der Informatik.

Letztendlich muss er die medizinischen mit den medizin-ökonomischen Anforderungen betriebswirtschaftlich in Einklang bringen. Er baut eine „Brücke“ zwischen den medizinischen und medizin-ökonomischen Anforderungen. Seine Schnittstellen sind themenbezogen:

- ▶ Patientenmanagement
- ▶ Prozesse und Qualität
- ▶ Medizinische Dokumentation
- ▶ Kodierung
- ▶ Berichtswesen

Im Folgenden werden die themenbezogenen Schnittstellen etwas genauer erläutert:

2.3.1 Patientenmanagement

Bei der internen Datenerfassung, Datenverwaltung und Datenübermittlung von anonymisierten Patientendaten an den Kanton und das Bundesamt für Statistik (BfS) ist er federführend und hilfreich. Hierbei optimiert er die patientenbezogenen Verwaltungsprozesse und vermeidet bis anhin nicht selten vorkommende Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen. Zusätzlich übernimmt er auch im Abrechnungsmanagement Verantwortung. Daraus entstehen bereits mannigfaltige Fragestellungen und Lösungsansätze.

Der Medizincontroller validiert die medizinischen Daten aus ökonomischer Sicht (Aufenthaltsdauer, Kosten und Erträge, Abbildung des Falles durch die Kodierung).

2.3.2 Prozesse und Qualität

Unter Qualitätssicherung werden verschiedene Definitionen verwendet. In diesem Zusammenhang werden im Wesentlichen die Kodierqualität und insbesondere die komplette Datenqualität aller medizinischen Daten für die Abrechnung betont. Dabei lassen sich die Patientendaten aus Sicht Validität mit MedPlaus (medizinischer Plausibilisierung) überprüfen, um eine anschliessende Korrektur der administrativen Daten und der kodierten medizinischen Daten zu ermöglichen.

Nicht selten erfolgen gezielte Nachfragen zu medizinischen Themen beim behandelnden Leistungserbringer. Vor der Rechnungsstellung, insbesondere bei unklaren und auffälligen DRGs koordiniert er die entsprechenden Fragen aus der Patientenadministration.

Die administrativen Prozesse werden überprüft und gemeinsam mit den Mitarbeitern im Patientenmanagement an das neue Finanzierungssystem angepasst. Hierbei wird besonderen Wert auf ein zeitnahes Fenster zwischen Patienteneinlassung und Rechnungsstellung gelegt. Nicht selten verlängert sich dieser Prozess bei einer Einführung von „DRG“. Dies kann insbesondere bei Privatspitälern zu Liquiditätsengpässen führen.

2.3.3 Medizinische Dokumentation

Grundsätzlich ist die medizinische Dokumentation im Spital nicht neu, „nur“ die Anforderungen an die medizinische Dokumentation ändern sich mit der Einführung von „DRG“ erheblich. Bis anhin war die medizinische Dokumentation aus

Gründen der Information für nachbehandelnde Institutionen und nachbehandelnde Leistungserbringer notwendig. Nebst der zusätzlichen juristischen Absicherung diene die medizinische Dokumentation auch der eigenen Information der Spitalmitarbeiter und der Leistungserbringer bei nachfolgenden Spitalaufenthalten.

Im Wesentlichen besteht die komplette medizinische Dokumentation aus der individuellen Krankengeschichte des Patienten. Diese wird unterteilt in:

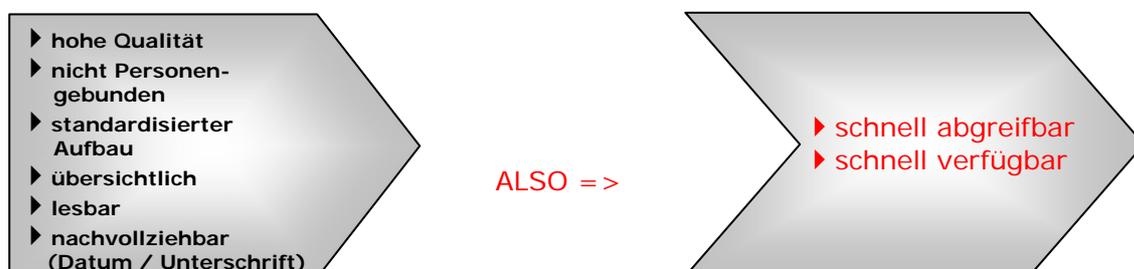
- ▶ Eintrittsbericht über den Patienten
- ▶ Operationsbericht über den Eingriff am Patienten
- ▶ Verlaufsbericht über die einzelnen wichtigen Geschehnisse
- ▶ Austrittsbericht als Zusammenfassung der wesentlichen Aufenthaltspunkte
- ▶ Pflegebericht als Zusammenfassung aus Sicht Pflege
- ▶ Befunde aus Untersuchungen und Anästhesieprotokolle von Operationen

Prinzipiell sind dies handgeschriebene oder/und maschinell geschriebene Dokumente mit Beweischarakter. Hierbei ist es unerheblich, ob die medizinische Dokumentation in Papier- oder vorteilhafter in Form einer elektronischen Krankengeschichte vorliegt.

Neu – und das ist eines der wesentlichen Arbeitsfelder – wird die medizinische Dokumentation als Grundlage zur Abrechnung und somit der Kodierung herangezogen. Vereinfacht kann man sagen, dass der Arzt mit seinem Austrittsbericht, mit den Befunden und dem Operationsbericht, und die Pflege mit dem Pflegebericht und dem Kardex, die Grundlage der Rechnung generieren.

Somit ist die medizinische Dokumentation aus Sicht des Medizincontrollings entscheidend für die Ertragssicherung des Spitals. Daraus lässt sich ableiten, dass die Anforderungen an die medizinische Dokumentation wie folgt sein müssen:

Anforderungen an die medizinische Dokumentation



Entscheidend für die Ertragssicherung des Spitals sind die Qualität der medizinischen Dokumentation und die daraus resultierende Kodierung der medizinischen Leistungen.

2.3.4 Kodierung

Die Kodierung selbst obliegt dem Berufsstand der medizinischen Kodierer. Gleichwohl ist es nicht ausgeschlossen (wie bereits zuvor erwähnt), dass Kodierer und Medizincontroller ein und dieselbe Person sein kann.

Der Medizincontroller ist für den Aufbau und die fachliche Führung der Kodierabteilung zuständig. Er prüft, implementiert und passt die entsprechende Kodiersoftware den individuellen Erfordernissen des Spitals und den Bedürfnissen des Kodierers an. Hierbei ist auf die individuellen Gegebenheiten des Spitals Rücksicht zu nehmen. Bei der Überprüfung einer Kodierabteilung muss unbedingt zwischen einer zentralen und dezentralen Kodierabteilung unterschieden werden. Beide Systeme haben Vor- und Nachteile. Je nach Spitalorganisation und Organisation der Leistungserbringung kann sich die eine oder andere Variante ebenso eignen, wie eine Mischform.

Die wesentlichen Merkmale (Vor- und Nachteile) einer zentralen Kodierabteilung sind:

- ▶ Datenfluss stets an die gleiche Stelle
- ▶ Gesicherte Qualitätssicherung durch internen Austausch
- ▶ Verhinderung der Streuung der Krankengeschichten
- ▶ Komprimierung von zentralem Wissen
- ▶ Organisierter Kommunikationsfluss
- ▶ Kalkulierbarer Aufwand

Die wesentlichen Merkmale (Vor- und Nachteile) einer dezentralen Kodierabteilung sind:

- ▶ Streuung des Datenflusses
- ▶ Qualitätssicherung etwas schwerer zu organisieren
- ▶ Interner Austausch durch „Fachkodierer in den jeweiligen Disziplinen“ schwierig
- ▶ Wechsel der Fachdisziplinen untereinander schwierig
- ▶ Fachlich gesteigertes Know-How, jedoch unterschiedlicher Wissensstand
- ▶ Schwierig zu kalkulierender Aufwand

Schlussendlich überprüft der Medizincontroller die Qualität der Kodierung gemeinsam mit dem Kodierer und eruiert, ob die kodierten medizinischen Leistungen einen allfälligen Deckungsbeitrag aufweisen. Hierbei kann zunächst die einfache Sichtprüfung und Gegenrechnung von rudimentären Pflegekosten pro Behandlungstag mit der durch die Kodierung generierten DRG und dem daraus resultierendem Kostengewicht (CW), multipliziert mit dem Normpreis (Baserate), erfolgen. Bei allfälligen Fragestellungen und Ungleichheiten wird dann mit dem Kodierer gemeinsam nach der Ursache geforscht, ob bzw. sofern es sich um kodiertechnische- und/oder dokumentationstechnische Fragestellungen handelt.

2.3.5 Berichtswesen

Der Medizincontroller führt die Datenanalyse von administrativ erfassten und kodierten medizinischen Daten durch, interpretiert und liest mögliche Kennzahlen und rapportiert diese an die Leistungserbringer und an die Ökonomie. Zusätzlich informiert und schult er die am DRG-System beteiligten Berufsgruppen.

Eines der Haupttätigkeitsfelder des Medizincontrollers ist das Datenmanagement, welches sich in Form eines Berichtswesens darstellen lässt. Hierbei nutzt er die Daten aus der DRG-basierten Finanzierung als Analyse- und Steuerungsinstrument.

Folgende Daten lassen sich als Extrakte und Bestandteile von DRG analysieren:

- ▶ Analyse der Aufenthaltsdauer des akut stationären Aufenthaltes
- ▶ Kosten- und Ertragsanalysen
- ▶ Einzelfallbetrachtungen
- ▶ Analyse von MTK-Fällen/ UVG-Fällen/ VVG-Fällen

Hierbei werden folgende Optionen überprüft:

- ▶ Validierung der Daten aus ökonomischer Sicht
- ▶ Optionen der Ertragssteigerungen
- ▶ Chancen der Kostenreduktion
- ▶ Analyse des Portfolios im Vergleich (Benchmark)

Grundsätzlich ist es im Moment eher schwierig, valide Daten zu analysieren. Die Kodierung erfolgt noch in einem Konsens zwischen Statistik und Finanzierung, welche einen grossen Spielraum für Interpretationen zulässt. Aus Sicht Kosten sind weitgehend noch keine aussagekräftigen Kostenträgerrechnungen vorhanden. Eine Abbildung von rudimentären Gesamtkosten pro Pflgehtag ist noch sehr ungenau.

Dennoch bietet diese Vorgehensweise die Chance für erste, betriebsinterne Aussagen, wenn man diese vorsichtig interpretiert.

3. Medizincontrolling – oder das Geheimnis des Deckungsbeitrages

Wirtschaftlichkeitsanalysen der akut somatischen Aufenthaltsdauer am Beispiel von explorativen Unfall-, Invaliden- und Militärversicherungs-Patientenfällen

Kosten und Erträge

Wenn heutzutage von Kosten im Spital, resp. von Kosten für akutstationäre Spitalaufenthalte gesprochen wird, so sind noch immer nicht alle in der Lage, flächendeckend auf eine Kostenträgerrechnung zurückzugreifen. Vorherrschend sind hier zum jetzigen Zeitpunkt die Kostenstellenrechnung und die Kostensammenstellung pro Pflage-tag über alle stationären Spitalaufenthalte. So gibt es von den verschiedensten Spitälern in der Akutsomatik Angaben von CHF 800.00 bis CHF 1'300.00 pro stationären Pflage-tag. Im Mittel dürften sich die Kosten in der Deutschschweiz (ausserhalb von Universitätsspitälern) um ca. CHF 1'000.00 pro akutsomatischen stationären Pflage-tag bewegen. Die Kostenverteilung scheint sich aufgrund von Erfahrungen eher im degressiven Rhythmus zu bewegen. Dies bedeutet, dass sich die Kosten zu Beginn des Spitalaufenthaltes als eher hoch zeigen und mit jedem Tag Aufenthalt (postoperativ) nach unten bewegen. Vereinfacht kann bei einem 10-tägigen Spitalaufenthalt von CHF 10'000.00 (10 Tage à CHF 1'000.00) ausgegangen werden, wenn man den Spitalaufenthalt als linearen Kostenverlauf darstellt.

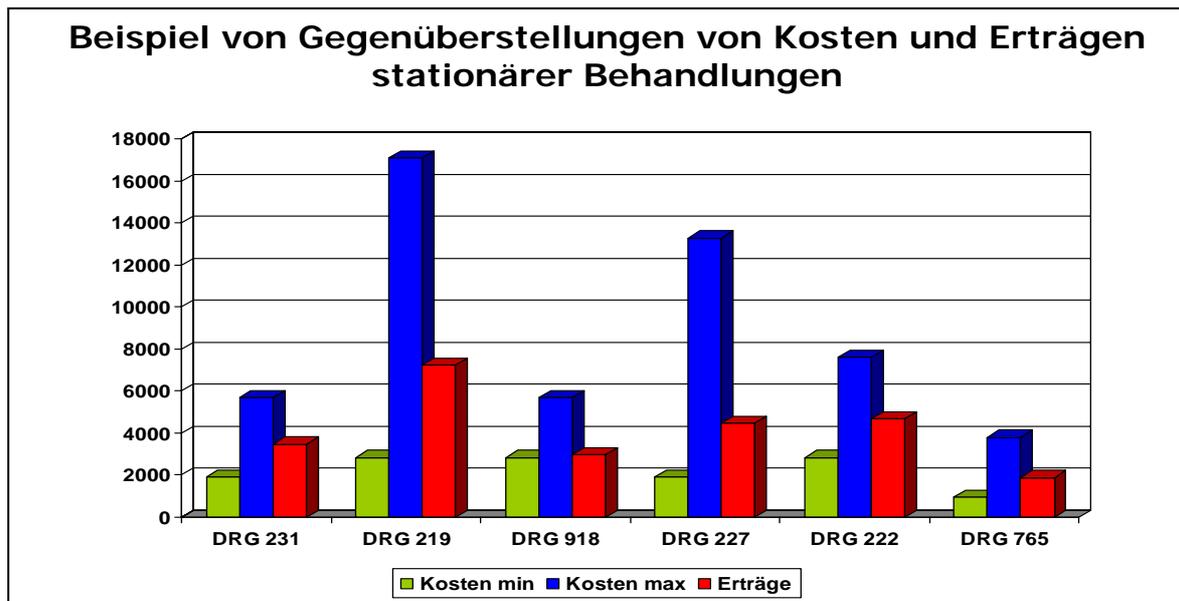
Die Erträge im DRG-Zeitalter lassen sich relativ einfach berechnen. Man nimmt das Kostengewicht (Cost-Weight, CW => analog zum Taxpunkt im Tarmed) der einzelnen DRG und multipliziert es mit einem vorgegebenen Normpreis (Baserate, => analog zum Taxpunktwert im Tarmed). Man erhält dann die Komplettabgeltung des Falles.

An einem Fallbeispiel wird die Ertrags- und Kostensituation der DRG 232 (Arthroskopie) tabellarisch dargestellt:

Ertrags- und Kostenvergleich DRG 232	
Ertrag DRG 232	Kosten DRG 232
<p>▶ Liegedauer 2-8 Tage gemäss Tabelle APDRG Suisse, Vers. 5.1</p> <p>▶ Komplettabgeltung (CW 0.394 x CHF 6'500.00)</p> <p>CHF 2'561.00</p>	<p>▶ Kosten pro Pflage-tag (angenommen von CHF 1'000.00/Tag)</p> <p>▶ 2 Tage Liegedauer: CHF 2'000.00</p> <p>▶ Bis 8 Tage Liegedauer: CHF 8'000.00</p>

Das Ertragscontrolling erfolgt anhand der medizinisch-pflegerischen Leistungen, welche über die medizinische Dokumentation elektronisch oder in Papierform erfasst werden. Nach der Darstellung in der medizinischen Dokumentation erfolgen Kodierung, Datenüberprüfung, Gruppierung in die entsprechende DRG und daraus resultierend die Abrechnung an den Krankenversicherer.

Das Kosten- und Ertragsverhältnis mehrerer DRG eines Spitals lässt sich in Form eines Säulendiagramms darstellen:



Nachfolgend erfolgt die Interpretation der dargestellten Daten gemeinsam mit den Leistungserbringern. Es werden folgende möglichen Fragestellungen systematisch abgearbeitet:

- ▶ Warum ist der Deckungsbeitrag nicht flächendeckend homogen?
- ▶ Was können Gründe für unterschiedliche Aufenthaltsdauern in gleichen DRG sein?
- ▶ Wo und wie ist der Anreiz an die Leistungserbringer gesetzt?
- ▶ Gibt es medizinische Gründe für die fehlende Homogenität?
- ▶ Waren es Problematiken in der medizinischen Dokumentation?
- ▶ Kann die Kodierung nicht genügend Informationen abbilden?
- ▶ Sind einzelne Fälle in der Kodierung noch optimierbar?
- ▶ Gibt es massive Altersunterschiede in diesen Fällen?
- ▶ Können soziale Gründe vorherrschend sein?
- ▶ Waren keine Rehabilitations- oder Spitexmöglichkeiten vorhanden?
- ▶ Lagen die Patientenfälle auf unterschiedlichen Stationen und/oder wurden von verschiedenen (Beleg-) Ärzten behandelt?
- ▶ Gab es nicht abbildbare Komplikationen und Komorbiditäten?

Dies sind nur einige mögliche Fragestellungen, welche sich nach solchen Analysen und daraus folgenden Einzelfallprüfungen aus Sicht des Medizincontrollings stellen können.

Dies sind nur wenige Andeutungen der mannigfaltigen Möglichkeiten von Datenanalysen und Überprüfungen von Wirtschaftlichkeiten einzelner stationärer Behandlungsfälle und DRGs. Abschliessend muss festgestellt sein, dass hier das Medizincontrolling gemeinsam mit dem Controlling weitere Entwicklungen vorbereiten wird und muss, um diese Methodiken auszufeilen und zu verbessern.

4. Zusammenfassung

Die Tätigkeitsfelder des Medizincontrollers umfassen in einzelnen:

- ▶ Schulungen im Bereich DRG des gesamten Spitalpersonals
- ▶ Überprüfung und Weiterentwicklung der medizinischen Dokumentation innerhalb der Krankengeschichte
- ▶ Verantwortung und Führung der Kodierabteilung
- ▶ Datenmanagement innerhalb des Spitals oder/und der Kostenträger
- ▶ Patientenmanagement
- ▶ Informationsmanagement (Berichtswesen)
- ▶ Prozess- und Projektmanagement klinischer und administrativer Bereiche des Spitals
- ▶ Unterstützung und Miteinbezug im Qualitätsmanagement
- ▶ Vergleich und Benchmark intern, sowie extern
- ▶ Schnittstellenmanagement über alle internen und externen Bereiche medizinischer und ökonomischer Leistungen

Der Medizincontroller benötigt daher intensive Spitalerfahrung, sowie medizinisches und ökonomisches Wissen, damit er intern wie extern anerkannt ist. Er muss über sehr gute Kommunikations- und Konfliktmanagementmöglichkeiten verfügen und ist ein hervorragender Analytiker mit Verhandlungsgeschick. Letztendlich kann er medizinische Handlungen nachvollziehen und ökonomisch erklären. Wenn er dann mit allen Abteilungen im Spital zusammenarbeitet und mit der Ärzteschaft in „Augenhöhe“ kommuniziert, kann dies für alle Beteiligten zu einer „Win-Win-Situation“ führen.

Das Spital benötigt hierfür eine integre Persönlichkeit, die in exponierter Position als Berater, Navigator und Netzwerkmanager wirkt. Denn das neue Finanzierungssystem AP DRG und darauf folgend Swiss DRG erfordert dies.

Autor

Rolf Malk, Geschäftsführer und Medizincontroller

Herausgeber des DRG-Handbuchs Schweiz

Geschäftsführer und Gründer der

Schweizerischen Gesellschaft für Medizincontrolling

Malk Medizin Controlling AG

Alpenblickstrasse 20

8853 Lachen

E-Mail:

malk@medizincontrolling.ch