

Wovon träumen Medizincontroller?

DGfM-Herbstsymposium: Herausforderungen für das Medizincontrolling 2013

Viel hat die DGfM in diesem Jahr bewegt, wie Vorstandsvorsitzender Prof. Dr. Steffen Gramminger in seiner Begrüßung ausführte. Er nannte zwei Highlights: Die DGfM ist seit Juni im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme berechtigt. Und: Seit Kur-

und sogar Haftstrafen. Etwas sachlicher, aber juristisch sehr fundiert stellte Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr aktuelle Urteile zur stationären Krankenhausabrechnung dar. Sein Fazit: „Von einem einfachen, übersichtlichen System sind wir weit entfernt“. 2012 habe es ein Dutzend Urteile in zweiter und dritter Instanz gegeben – für Krankenhäuser oft lästige und teure Verfahren. Zudem seien die Urteile nicht so scharf abgefasst, dass eine klare Handlungsschnur für die Krankenhäuser sichtbar werde. Mohrs Rat, wenn es um Auseinandersetzungen mit Krankenkassen geht, ob ein Eingriff nun wirklich habe stationär erfolgen müssen: „Schreiben Sie lieber einen Satz zu viel als einen zu wenig“.

Das „unbekannte Wesen“ Gemeinsamer Bundesausschuss brachte anschließend „Mister G-BA“ Dr. Rainer Hess den Medizincontrollern näher. Auch nach achteinhalb Jahren sei es nicht gelungen, das Gremium in der Öffentlichkeit zu verankern, so das leicht resignative Resümee des ehemaligen Vorsitzenden. Der Grund: erarbeitet werden die Vorgaben des so genannten „kleinen Gesetzgebers“ zur Konkretisierung des GKV-Leistungskataloges und zu Qualitätsanforderungen von beauftragten Instituten, umgesetzt werden sie z.B. von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dennoch seien der G-BA und sein unabhängiger Sachverstand notwendig, um das medizinisch Notwendige rechtsverbindlich vorzugeben. Interessenskonflikte seien dabei unvermeidlich.

Klagen, klagen, klagen ...

Den Ausführungen Hess' schloss sich ein kleiner Werbeblock für die

Deutsche Krankenhausgesellschaft an. Stellvertretender Hauptgeschäftsführer und Rechtsanwalt Andreas Wagener schilderte, wie die DKG Krankenhäuser bei der Abrechnungsprüfung unterstützt – nämlich durch klassische Lobbyarbeit, Gesetzgebungsvorschläge sowie als Partner der Selbstverwaltung. Die DKG gibt außerdem Informationen und Handlungshinweise heraus und informiert die Öffentlichkeit. Wagners Appell an die Krankenhäuser: Klagen, klagen, klagen – und die Ergebnisse von Rechtstreitigkeiten an die DKG weitergeben, um die Rechtsprechung weiter zu entwickeln.

Nach der Mittagspause wurde es konkret: Über die Praxis der Abrechnung referierte Dr. Ulf Dennler, Leiter des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der DGfM – kurz FoKA. Der Ausschuss ist seit 2006 aktiv, um die Kodierrichtlinien zu kommentieren sowie Kodierempfehlungen zu erarbeiten. Nur jede zweite Kodierempfehlung sei in der Auseinandersetzung mit dem MDK konsensfähig. „Die Aggressivität hat deutlich zugenommen“, stellte Dennler fest. Ursache seien zum Beispiel medizinisch unklare Begriffe in den Kodierrichtlinien und weitere systematische Kontroversen. Der FoKa sucht noch neue Mitstreiter, die sich der Aufgabe stellen wollen, das System zu verbessern!

Geld verdienen mit PKMS

Mit dem Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS) befasste sich Dr. Pia Wietek, die bei der Entwicklung des Instrumentes zur Erfassung hochaufwändiger Pflegeleistungen beteiligt war. „Ist das bürokratische Monster eine Einnahmequelle, oder verursacht es nur Abrechnungs-Chaos?“ lautete

Bis auf den letzten Platz besetzt und sogar darüber hinaus war der Saal des Frankfurter Marriott Hotels, den die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) anlässlich ihres Herbstsymposiums Anfang Oktober angemietet hatte. Die Teilnehmerzahl übertraf laut Dr. Nikolai von Schroeders, stellvertretender DGfM-Vorstandsvorsitzender, alle Überwartungen: Rund 430 Medizincontroller folgten den Ausführungen der Referenten, die sich unter dem Motto „Wovon sollen wir träumen?“ mit verschiedenen Facetten des G-DRG-Systems befassten – und damit, was 2013 auf die Medizincontroller zukommen wird.

zem gibt es eine Geschäftsstelle in Hockenheim unter Leitung von Heike Scheer, der kaufmännischen Leiterin der DGfM.

Medizincontroller leben gefährlich

Anschließend ging es in medias res. Den Eindruck, dass Medizincontroller bzw. abrechnende Ärzte gefährlich leben, konnte man während der beiden Vorträge zum Thema Krankenhausabrechnung gewinnen. Kriminalhauptkommissar Jörg Engelhard aus Berlin stellte dar, welche strafrechtlichen Konsequenzen Betrug, Falschabrechnung – absichtlich oder unabsichtlich oder auch nur Formfehler haben können. Die Durchsuchung von Arbeitsplatz und Wohnung ist da eine noch eher harmlose Konsequenz – möglich sind auch Geld-

die Frage, die Wieteck am Ende ihrer Ausführungen wie folgt beantwortete: Ja, mit PKMS lässt sich Geld verdienen; ein Abrechnungschaos ist zu vermeiden, wenn der Score korrekt umgesetzt wird; und: hochaufwändige Pflege ist nur mit einem adäquaten Personalschlüssel möglich.

Welchen Zusatznutzen DRG-Routinedaten jenseits der Abrechnungsproblematik haben können, zeigte Dr. Andrea Schindler, zuständig für Hygiene und Medizincontrolling

im St. Vinzenz-Krankenhaus Düsseldorf, am Beispiel von infektiologisch-ökonomischen Analysen auf. Infektionen wirken sich markant auf die Erlössituation aus – die Verweildauer und die Kosten steigen. Abhilfe konnte durch ein neues Antibiotikamanagement und die leitliniengerechte Behandlung geschaffen werden. Das Fazit: „Die Betrachtung von Infektionen im DRG-Kontext lohnt sich für alle Beteiligten“.

Was ändert sich 2013 im G-DRG-

System? Die wichtigsten Änderungen stellte abschließend Dr. Frank Heimig, Geschäftsführer des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), vor. Rund 50 Häuser hatten sich wieder an der Kalkulation beteiligt. Der Umbau betrifft hauptsächlich die CCI-Matrix zur Abbildung der Erkrankungsschwere sowie klassifikatorische Aspekte. Insgesamt dürfte nach Einschätzung von Dr. Heimig das Konfliktpotenzial sinken. ■

Marina Reif

Wie viel Medizincontrolling braucht ein Krankenhaus?

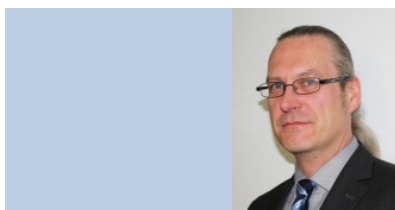
Gründung der DGfM-Projektgruppe „Personal-Benchmarking im Medizincontrolling“

KU: Herr Dr. Hänsch, die DGfM hat die Arbeitsgruppe „Personal-Benchmarking im Medizincontrolling“ gegründet. Was ist die Intention dabei?

Dr. med. Holger Hänsch: Das Medizincontrolling ein wichtiger Bestandteil in der Leistungsabrechnung von Akut-Krankenhäusern ist, ist unbestritten. Die Frage, wie viel Medizincontrolling man braucht, wird aber zunehmend diskutiert. Unsere Intention ist, durch ein nachvollziehbares zuverlässiges und skalierbares Personalbenchmark Medizincontrolling eine sachliche Grundlage für diese Diskussion zu entwickeln

Was genau soll die Gruppe erarbeiten?

Medizincontrolling ist ein Arbeitsfeld im Krankenhaus, in dem verschiedene Berufsgruppen arbeiten, ähnlich wie in der klinischen Medizin Ärzte und Pflege und Funktionsfachkräfte zusammen arbeiten. Im Gegensatz zur klinischen Medizin sind im Medizincontrolling jedoch nicht eindeutig definiert. Diese Tatsache erschwert aktuell



Dr. med. Holger Hänsch
Leiter der Projektgruppe „Personal-Benchmarking im Medizincontrolling“ der DGfM
Leiter Prozessentwicklung und
Zentrales Medizincontrolling, AMEOS Gruppe

eine Personalbemessung.

Derartige Analysen sind für die Klinika der AMEOS Gruppe durch unser eigenes Team Prozessentwicklung, aber auch mit externer Unterstützung durchgeführt worden. Da dies bereits viele andere Kliniken auch getan haben, können wir nun unsere Ergebnisse zusammentragen, Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen definieren, sowie den Zeit- und damit Personalbedarf zur Erfüllung der Aufgaben definieren.

Warum besteht dafür Bedarf?

Dem Medizincontrolling kommt eine wesentliche Bedeutung in der Steuerung des Cashflows, durch die zeitnahe Kodierung, sowie

Wie viele Mitarbeiter verlangt ein gutes Medizincontrolling? Und welches Qualifikationsniveau müssen sie haben? Diese Fragen beschäftigen viele Krankenhäuser. Um ihnen bei der Personalbemessung Hilfestellung zu geben und den personellen Status quo, aber auch die tatsächlichen und künftigen Anforderungen an das zuständige Personal zu ermitteln, hat die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen. Wir sprachen mit dem Initiator Dr. med. Holger Hänsch.

gleichzeitig in der Erlössicherung, durch die richtige Kodierung und die Vermeidung von Fehlern, die zur Rechnungsprüfung und Rechnungskorrekturen seitens der Kostenträger führen, zu. Eine adäquate Ressourcenausstattung ist die Voraussetzung um diesen Aufgaben auch gerecht zu werden.

Welchen Nutzen kann das Klinikmanagement (voraussichtlich) aus den Ergebnissen ziehen?

Wenn man aktuell dem Risiko einer Erlösminderung entgehen ►

möchte, ohne auf der anderen Seite zu hohe Personalkosten zu haben, so sind klinikindividuell aufwändige Analysen notwendig, die nur wenige Kliniken mit eigenen Ressourcen durchführen können. Hierdurch entstehen in der Regel hohe Beratungskosten.

Das Benchmark liefert in Zukunft eine Orientierung und damit eine Sicherheit in der Personalplanung für das Medizincontrolling der jeweiligen Klinik, ohne dass dadurch zusätzliche Kosten entstehen.

Wann rechnen Sie mit ersten Ergebnissen bzw. Veröffentlichungen?

Je mehr Teilnehmer für die Arbeitsgruppe interessiert werden können, desto schneller werden wir voran kommen. Ich habe schon im Vorfeld viel Input durch andere Medizincontroller bekommen, so dass ich optimistisch bin, dass wir in absehbarer Zeit erste Ergebnisse präsentieren können.

Willkommen bei der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V. ist eine Interessengemeinschaft im Medizincontrolling tätiger Ärzte, Pflegekräfte, Kodierer, MD(A)s, Juristen und Betriebswirte.

Sie ist die wissenschaftliche Vertretung der Medizincontroller in Deutschland.

Ziele und Aufgaben der Gesellschaft sind der regelmäßige In-

formationsaustausch, die Fort- und Weiterbildung und die gemeinsame Erarbeitung von Problemlösungsstrategien im Medizincontrolling.

Die KU Gesundheitsmanagement ist Organ der DGfM.

Weitere Informationen erhalten Interessierte auf der Website der DGfM unter www.medizincontroller.de

Die Termine können direkt bei mir erfragt oder auf der Homepage der DGfM eingesehen werden. Eine Anmeldung zur Teilnahme ist unter <http://www.medizincontroller.de/veranstaltung-177.html> allen Mitgliedern jederzeit möglich. Es wird je nach Bedarf drei bis vier

Treffen der Arbeitsgruppe pro Jahr geben. ■

Vielen Dank für das Gespräch, Herr Dr. Hänsch!

*Das Interview führte
KU Redakteurin Marina Reif.*

Europäischer Gesundheitskongress München 2012

Hier wurde an den großen Baustellen des Gesundheitswesens gearbeitet!



Mit über 800 führenden Repräsentanten aus zehn Ländern ist dem Kongressteam von Ulf Fink, Prof. Günter Neubauer und Leiterin Claudia Küng wieder eine erfolgreiche Tagung gelungen. Die vier großen Themengebiete Krankenhaus, Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Gesundheitspolitik wurden auf diesem all-in-one Kongress abgedeckt.

Die europäischen Gesundheitssysteme haben sich in den vergangenen Jahrzehnten stark auseinander entwickelt. **Dr. Agis Tsouros, Leiter Grundsatzprogramme bei der WHO**, machte auf die sich um bis zu 20 Jahre unterscheidende Lebenserwartung in der EU aufmerksam. Das größte Problem seien chronische Erkrankungen. „Information is enough“, so Tsouros, man müsse zukünftig übergreifend arbeiten und den großen Wissensschatz für die Prävention nutzen. Zu den gesundheitspolitischen Plänen der Parteien in Deutschland nach

der Bundestagswahl 2013 sprach sich **Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks, SPD**, erwartungsgemäß für Präventionsgesetz und Bürgerversicherung aus. **Johannes Singhammer, stellv. CDU/CSU-Fraktionsvorsitzender**, kündigte hingegen an, dass es noch in dieser Legislaturperiode einen Präventionsrat geben werde, der verbindliche Ziele festlegen soll. Ein Präventionsgesetz lehnt er wegen des Eingriffs in verschiedene Rechtsebenen ab. Grundsätze zur Gesundheitspolitik gebe es in der **Piratenfraktion** bislang noch nicht, so **Simon Kowalewski**, der mit Spannung erwartete gesundheitspolitische Sprecher aus Berlin. Dies solle sich aber mit dem anstehenden Bundesparteitag ändern. Die Piratenfraktion sei einer Bürgerversicherung nicht abgeneigt, befürworte aber an erster Stelle eine Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens.

Fünf Thesen für erfolgreiches Krankenhausmanagement stellte **Karsten Honsel, Geschäftsführer Klinikum Region Hannover**, auf: Die Managementstrukturen müssten sich an Wirtschaftsunternehmen orientieren. Eine RWI Stu-

die zeige, dass gerade kommunale Aufsichtsräte nicht nur rein medizinische und wirtschaftliche Ziele verfolgten. Politik und Rechtsform sollten den Rahmen vorgeben, den das Management dann mit moderner und partizipativer Führung ausfülle.

„Gesundheitspolitik darf sich nicht auf die Lebenden beschränken“, forderte Rechtsmediziner **Prof. Dr. Wolfgang Eisenmenger** in der Spezialsession „**Die Geheimnisse der Rechtsmedizin**“. Immer seltener würde in Deutschland obduziert, zahlreiche Tötungsdelikte blieben unentdeckt – zwischen 1200 und 2400 pro Jahr.

Mit dem Thema Gesundheitskarte endete der Kongress: Sie diene nicht nur dem Aufbau einer telemedizinischen Infrastruktur, so die Befürworter, sondern berge auch ungenutzte Potenziale. So könne der Notfall-Datensatz Ärzten in Grenzgebieten helfen, umgehend und gezielt zu behandeln.

Der nächste Europäische Gesundheitskongress findet vom 10. bis 11.10.2013 wieder in München statt.

www.gesundheitskongress.de