



Gut besucht: Das Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling.

Fotos: DGfM

*Auch wenn die Differenzierung des DRG-Systems sich inzwischen zunehmend auf Spezialbereiche des Abrechnungssystems fokussiert, ist der alljährliche Systemwechsel immer noch nicht zur Routine geworden. Das zeigte die weiterhin steigende Teilnehmerzahl des traditionellen Herbstsymposiums der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM), an dem Ende vorigen Jahres über 340 Besucher teilnahmen, unter anderem auch Experten-gruppen aus Indonesien und Vietnam.*

## ... Es könnte so einfach sein ...

### Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM)



Dr. med. Jörg Noetzel, MBA



Dr. med. Sascha Baller, M.Sc.

**A**ufgrund der gewachsenen Teilnehmerzahl musste das Herbstsymposium der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling nach Mannheim in größere Räumlichkeiten umziehen. Unter dem Motto „DRG-System 2009 – es könnte so einfach sein ...“ standen neben den DRG-Neuerungen Themen wie „Delegation ärztlicher Tätigkeiten“, „Geocodierung von Routinedaten“ und „Krankenhausmarketing“ auf dem Programm.

#### Qualität ist für Patienten eine Selbstverständlichkeit

Wonach wählen Patienten ein Krankenhaus aus? Dipl.-Soz. Stefan Bär vom Institut für Soziologie der Universität Heidelberg be-

schäftigte sich mit dem Kunden- und Marktverhalten von Krankenhauspatienten. Seine Studien- daten zeigen interessante Aspekte im Wahlverhalten. So werden Ergebnisse der Behandlungsqualität der jeweiligen Fachabteilung eher als grundsätzliche Selbstverständlichkeit denn als Auswahlkriterium gesehen. Nicht überraschend war, dass der einweisende Hausarzt eine maßgebliche Rolle beim Krankenhauswahlverhalten spielt, wenngleich nur 27 % der befragten Studienpatienten meinten, dass dieser tatsächlich das jeweils beste Krankenhaus empfiehlt, 50 % sich darüber unsicher waren und 16 % tatsächliche Zweifel an der Empfehlung des Zuweisers hatten. Entscheidender ist der



**„Wann lohnen sich Klageverfahren?“ Diese Frage versuchte Friedrich W. Mohr zu beantworten.**

Ruf des Hauses insgesamt, der von der überwiegenden Anzahl der Patienten durch den Status z.B. als Besucher eines Angehörigen oder vom so genannten „Hören-Sagen“ wahrgenommen wird. Eine entscheidende Rolle spielt aber immer auch das mehr oder weniger aufgeschlossene Informationsverhalten des Krankenhauspersonals, das als einer der Schlüssel-Erfolgsfaktoren für den Ruf der Klinik gilt.

### Klagen ja oder nein?

„Wann lohnen sich Klageverfahren? Wie sind die Erfolgschancen und was ist zu beachten?“

Mit Fragen und Antworten zu diesem Thema befasste sich Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr aus Mainz. Anhand neuerer Rechtsprechungen des Bundessozialgerichts (BSG) sowie Entscheidungen der Sozialgerichte zum Versorgungsauftrag der Krankenhäuser und zu Grundsatzentscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts zur Krankenhausfinanzierung gab RA Mohr praxisrelevante Hinweise für das Auditorium (Beispielsurteile und weitere Fakten auf [www.medizincontroller.de](http://www.medizincontroller.de) unter Informationen).

Frau Prof. Dr. Uta Feser, Präsidentin der Hochschule Neu-Ulm gab in ihrem Vortrag „Aufgaben, Kompetenzen und Entscheidungsalgorithmen der Schiedsstelle nach § 18 KHG“ Einblick in die Praxis der Schiedsstellentätigkeit. Schwerpunkte der Verhandlungen in 2008 waren im Wesentlichen strittige Punkte aus den Bereichen Leistungsveränderungen, Versor-

gungsauftrag, krankenhausindividuelle Entgelte nach § 6 KHEntgG, verändertes Kodierverhalten sowie Tatbestände der Ausbildungsfinanzierung.

Beim Kodierverhalten geht die Schiedsstelle zumeist davon aus, dass nach sechs Jahren DRG-Erfahrung keine relevanten Lerneffekte bei der Kodierung mehr auftreten, so dass die Seite der Kostenträger bei derartigen Auseinandersetzungen die Beweislast trägt. Entscheidend für eine erfolgreiche Verhandlung von Mehrleistungen ist neben exakt aufbereiteten Ist-Daten die Transparenz der Hochrechnungsmethodik. Die genaue Datenaufbereitung auf Fachabteilungsebene macht es hierbei leichter, Mehrleistungsverhandlungen zum Erfolg zu führen.

### Kosten sparen durch Leistungsdelegation?

Erfolgreiche Projekte zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten stellte Dr. Michael Böckelmann, Geschäftsführer der Schüchtermann-Klinik in Bad Rothenfelde, vor.

So wurde unter Einbindung so genannter Arzt-Assistenten in Bad Rothenfelde ein erweitertes ärztliches Team geschaffen, mit dem Resultat, dass die Teamärzte von nahezu allen organisatorischen und delegierbaren Aufgaben entlastet werden konnten. Das Anforderungsprofil der Arzt-Assistenten enthält u.a. mehrjährige Berufserfahrung in der Pflege, idealerweise mit Fachpflegeexamen bzw. Erfahrung in der Intensivmedizin. Tätigkeiten, die vom ärztlichen Bereich übernommen werden, sind u.a. die Vorbereitung ärztlicher Dokumente, Patienteninformation, Medizinische Dokumentation und Verschlüsselung (incl. externe QS) sowie Belegungsmanagement und die Beantragung von AHB-Maßnahmen. Weiterhin werden nach ärztlicher Maßgabe u.a. die Verlegungsplanung und die Organisation und/oder Durchführung spezieller Maßnahmen der Behandlung (z.B. Blutabnahme, Verbandwechsel, Legen peripherer Zugänge) vorgenommen.

### Geocoding als strategisches Instrument

Andreas Wenke, DRG-Research-Group der Universität Münster, ►





zeigte Tipps aber auch Fallstricke von Geoanalysen im Krankenhaus. Das Geocoding von Routinedaten ist inzwischen zu einem fast schon alltagstauglichen Instrument für das strategische Medizincontrolling der Krankenhäuser herangereift. Anhand demografischer Daten, der Krankenhaushäufigkeitsauswertungen der statistischen Ämter und der eigenen § 21-Daten kann das Krankenhaus mit einer entsprechenden Softwareunterstützung Aussagen zu seinem geografisch visualisierten Einzugsgebiet machen. Interessant sind hierbei vor allem die Trendentwicklungen über definierte Zeitperioden. Sie erlauben z.B., spezifiziert nach Krankheitsspektrum und/oder Fachrichtung, eine Aussage darüber, in welchen regionalen Gebieten das jeweilige Haus zusätzliche Patienten akquirieren konnte oder auch Patienten verloren hat. Unter Hinzuziehung der öffentlich verfügbaren Qualitätsberichte kann zumindest tendenziell die Entwicklung der Wettbewerber verfolgt werden.

Maßnahmen zur Patientengewinnung, die z.B. über entsprechende Zuweiserprojekte greifen können, werden durch die Analyse von eigenen Zuweiserdaten unterstützt. Sehr interessant sind hierbei aber auch die „Nicht-Zuweiser“, deren Daten sich durch die Einbindung von KV-Daten (sofern verfügbar) visualisieren lassen. Obwohl sich Berechnungen des Marktpotenzials immer nur auf statistische Markterwartungswerte beziehen können, handelt es sich hier um ein sehr brauchbares Analyseinstrument gerade für Fra-

gen der Bettenplanung, der fachlichen und kapazitativen Ausrichtung von Fachabteilungen, bei Verhandlung von Kooperationsverträgen mit Kostenträgern und Branchenpartnern auf Leistungserbringerseite sowie bei Investitionsplanungen.

### Die Feinheiten des Kodierwesens

Traditionell griff Dirk Dorian Selter, Leiter der Stabstelle Medizincontrolling der BG-Unfallklinik Murnau, mit humoristischer und scharfsinniger Note das Motto des Kongresses auf und referierte unter der Überschrift „Streit bei der Kodierung und Abrechnung ... Es könnte so einfach sein ...“ zu aktuellen Feinheiten des Kodierwesens im Jahre 2009.

Hervorgehoben wurde der Nutzen des auf dem letzten Herbstsymposium vorgestellten Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM, der aus Sicht der Medizincontroller Stellungnahmen zu den SEG4-Kodierempfehlungen ausarbeitet und auf den sich Gutachter inzwischen zunehmend berufen. Ein entscheidender und wünschenswerter Schritt in Richtung Vereinfachung wäre getan, wenn auch das InEK zukünftig in relevanten Kodierangelegenheiten eine eindeutige Position einnehmen würde.

Dr. Frank Heimig, Leiter des InEK stellte abschließend die Neuerungen der DRG-Kalkulation und zum DRG-Katalog 2009 vor.

Mit 1.192 DRGs ist das Abrechnungssystem 2009 um weitere 55 Fallpauschalen angewachsen. Die hohe Qualität innerhalb des DRG-

Vorschlagsverfahrens führte dazu, dass immerhin 38 % der Vorschläge Berücksichtigung fanden. Es erfolgte eine erneute Überarbeitung der CCL-Matrix. Insgesamt wurden wesentlich mehr Diagnosen als im Vorjahr analysiert bzw. in der CCL-Matrix abgeändert (4 Kodestreichungen, 22 Kodeabwertungen, 272 Kodeaufnahmen und 32 Kodeaufwertungen).

Erstmals konnte auf Grund regulärer Datenlieferungen die so genannte „stroke-light“-Therapie kalkuliert werden (andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, OPS-Kode 8-98b), die in 2009 nun auch entgeltrelevant sein wird.

Die Funktion „komplizierende Prozeduren“ wurde in den neuen Terminus „komplizierende Konstellationen“ umbenannt und überarbeitet.

Eine erfreuliche Vereinfachung der Systematik ergibt sich dadurch, dass themenverwandte DRGs, die bisher in unterschiedlichen Basis-DRGs abgebildet wurden, nun durch Umbenennung innerhalb einer Basis-DRG zusammengefasst werden konnten (z.B. Implantation eines Herzschrittmachers: in 2008 noch in den 4 Basis-DRGs F24, F25, F12 und F40 zu finden – in 2009 nun komplett in der Basis-DRG F12 abgebildet). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die grundsätzliche Ausrichtung des DRG-Systems abgeschlossen zu sein scheint und sich wesentliche Veränderungen allenfalls noch in einigen Spezialleistungen ergeben.

Die Vortragsfolien sind unter [www.medizincontroller.de](http://www.medizincontroller.de) frei zugänglich. ■

**Dr. med. Jörg Noetzel, MBA**  
Vorstand Deutsche Gesellschaft für  
Medizincontrolling e.V. (DGfM)  
Ökonomischer Leiter  
Zentrum für Innere Medizin  
Unternehmenskoordination  
Klinikum Stuttgart  
Kontakt: [j.noetzel@klinikum-stuttgart.de](mailto:j.noetzel@klinikum-stuttgart.de)

**Dr. med. Sascha Baller M.Sc.**  
Vorstandsvorsitzender  
Deutsche Gesellschaft für  
Medizincontrolling e.V. (DGfM)  
Institut für Medizincontrolling Heidelberg  
Kontakt: [Baller@dr24.de](mailto:Baller@dr24.de)