

news

inhalt



2 – Ambulante Krankenhausstatistik
MARS: Gott, Planet, Schokoriegel
und Statistik

3 – ERP-Projekt Kantonsspital Aarau
Testen auf Herz und Nieren

4 – Alters- und Pflegeheime
Den richtigen Zeitpunkt für den
neuen Betreiber finden

5 – TARMED 2.0
Bereit für alle Fälle

6 – Auf dem Weg zur Zertifizierung
Kostenrechnung: zertifiziert
und aussagekräftig

7 – Chancen und Risiken
Ertragsoptimierung mit
dem DRG-Validator

8 – Aktuelle Angebote, Kursprogramm

Liebe Leserin, lieber Leser

Jedes Jahr gibt es im Herbst zwei grossen Themen: Wunderbar bunte Landschaftsbilder und steigende Krankenkassen-Prämien. Auch dieses Jahr haben wir über beide Themen gestaunt.

Ein grosser Kostentreiber im Gesundheitswesen ist die Zunahme der ambulanten Spitalfälle. Dies hat auch der Bund erkannt und will neu mit der Gesundheitsversorgungsstatistik MARS über eine Grundlage verfügen, um Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsformen zu prüfen.

Verfügen Sie bereits über die Datenqualität, damit Ihr ambulantes Geschäft auch korrekt abgebildet wird? Angela Escher-Greiter hat Ihnen die wichtigsten Informationen zum Projekt MARS (Seite 2) zusammengefasst.

Um Datenqualität geht es auch im Bericht «Testen auf Herz und Nieren». In diesem Artikel beschreibt Brigitte Koller die Vorbereitungen für einen unfallfreien Produktivstart des neuen ERP-Systems am Kantonsspital Aarau.

Zwar ist für den neuen TARMED 2.0 noch keine Einigung in Sicht. Die meisten Details der neuen Tarifstruktur stehen aber bereit. Maria Cortesi informiert Sie über den aktuellen Stand und zeigt auf, was auf die Spitäler zukommen wird. Einzig den Starttermin kann sie Ihnen noch nicht definitiv bestätigen.

Mit den jährlichen Kodierrevisionen können signifikante Abweichungen des durchschnittlichen Schweregrads zuverlässig entdeckt werden. Wollen Sie aber die finanziellen Risiken und Chancen Ihrer Kodierung umfassend kennen, genügt die Analyse einer Stichprobe nicht. Mit unserem neuen DRG-Validator kann nun der BFS-Datensatz vollständig geprüft werden. Damit ist es möglich, über- und unterkodierte Fälle zu erkennen und zu rekodieren. Dr. med. Philipp Oetjen und Dr. Leo Boos erklären auf Seite 7 das Vorgehen sowie die Ergebnisse des DRG-Validators.

Haben Sie dank der REKOLE®-Zertifizierung volle Kostentransparenz? Aufgrund unserer Erfahrung trifft dies bei den wenigsten Kliniken zu. Um die Kostenrechnung optimal umzusetzen, braucht es zusätzlich zu REKOLE®-Wissen sehr viel Spitalerfahrung. Lesen Sie dazu den Artikel «Kostenrechnung: zertifiziert und aussagekräftig».

Wenn eine Gemeinde ihr Alters- und Pflegeheim nicht mehr selbst betreiben will, stellen sich diverse Fragen. Susanne Peretti und Roland Wormser beschreiben in ihrem Beitrag «Den richtigen Zeitpunkt für den neuen Betreiber finden», welche Fragen die Gemeinde Arth wie beantwortet hat.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Ralph Sattler, Partner



Ralph Sattler

Partner
H Focus und H Services AG

Ambulante Krankenhausstatistik

MARS: Gott, Planet, Schokoriegel und Statistik

Um Behandlungsverläufe über mehrere Leistungserbringer nachzuvollziehen, baut der Bund die ambulante Gesundheitsversorgungstatistik MARS auf. Die neuen Daten schaffen die Grundlage, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unterschiedlicher Behandlungsformen und Versorgungsmodelle zu prüfen. Ohne korrekte Daten aus den Spitälern geht das nicht. Bis 15. März 2016 müssen die Leistungserbringer liefern.

Seit den 90er-Jahren erhebt das Bundesamt für Statistik Daten von Leistungserbringern wie Spitälern, Pflegeheimen und mittlerweile auch von Geburtshäusern. Die Gesundheitsversorgungstatistik des Bundesamts für Gesundheit deckt aktuell ausschliesslich die stationäre Versorgung ab. 23 Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitswesens entfallen jedoch auf den ambulanten Bereich, sprich ambulante Spitalbehandlungen und Arztpraxen.

Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) hat der Gesetzgeber einen Ausbau der Datengrundlagen verabschiedet (siehe Art. 22a und 23 KVG). Diesen Ausbau hat auch der Bundesrat in seinem Bericht, «Gesundheit 2020» zum Ziel erhoben, um die ambulante Datenlücke zu schliessen. Das Bundesamt für Statistik hat dazu das Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé) gestartet.

Stufenweise Erhebung

Das Projekt MARS gliedert sich in folgende Teilprojekte:

- Strukturdaten Spital ambulant



Angela Escher-Greiter
Consultant Finanzen

Sie begleitet Mandate in den Bereichen Rechnungswesen, Controlling, REKOLE® sowie Organisationsentwicklung und unterstützt Spitäler bei Finanzfragen.

- Patientendaten Spital ambulant
 - Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren
 - Patientendaten Arztpraxen
 - Patientendaten Spitex
 - Daten der Apotheken
- Relevant für Spitäler sind die ersten beiden Teilprojekte.

Strukturdaten Spital ambulant

Bei den «Strukturdaten Spital ambulant» haben die ersten produktiven Erhebungen im Frühjahr 2014 im Rahmen der Krankenhausstatistik 2013 stattgefunden.

Die Spitäler haben folgende Informationen zu ihren Strukturen nach Neuenburg geliefert:

- Ambulantes Leistungsangebot pro Standort/Aktivität
- Med.-techn. Infrastruktur und Auslastung der Gerätschaften stationär und ambulant
- Persönliche Identifikationsnummer (GLN) der Ärzte und Hebammen
- Anzahl ambulante Konsultationen

Patientendaten Spital ambulant

Zwischen dem 15. Dezember 2015 und dem 15. März 2016 sind nun die Patientendaten Spital ambulant für das Jahr 2014 einzureichen. Diese beinhalten alle fakturierten ambulanten Leistungen der Kranken- und Geburtshäuser. Das heisst im Einzelnen:

- Identifikation Patient anonymisiert
- Soziodemographische Merkmale: Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnregion/Land, Nationalität
- Behandlungspfad: Zuweisende Instanz, Zuweisender Arzt, Zuweisender Leistungserbringer
- Bezogene Leistung: Behandlungsperiode, Datum Leistungserbringung, Tariftyp/-ziffer, Anzahl, Garant, Verrechneter Preis, Diagnoseklassifikation/-code

Keine korrekten Daten ohne korrekte Leistungserfassung

Die Testdatenerhebung 2013 bei den Pilotspitälern hat gezeigt, dass Spitäler insbesondere Diagnoseklassifikationen nicht flächendeckend oder nicht einheitlich erfassen. Zudem ist oft die Information über die Zuweiser unvollständig.

Die Datenqualität ist das wichtigste Kriterium für einen «guten» Datensatz. Das setzt die korrekte Erfassung der Daten voraus. Oft hapert es bei dieser Grundlage. Darum setzen wir hier an und unterstützen Spitäler und Kliniken bei der Analyse der Datenqualität und bei Verbesserungsmassnahmen für die Leistungserfassung.

ERP-Projekt Kantonsspital Aarau

Testen auf Herz und Nieren

Das Kantonsspital Aarau führt SAP mit dem Projekt ERP@KSA als Enterprise Resource Management-System ein. In der zweiten Etappe der Einführung ist das Modul Patientenadministration ein zentrales Thema. Vor dem «Go live-Termin» am 1. Januar 2016 sind bis November 2015 umfassende Tests im Gange, um unfallfrei zu starten.

Über den Erfolg einer ERP-Einführung entscheidet die praktische Umsetzung. Wenn zum definierten Zeitpunkt die korrekten Rechnungen an die richtigen Adressaten auf dem richtigen Weg verschickt werden können, hat das Modul Patientenadministration den Praxistest bestanden. Werden zusätzlich die richtigen Kostenträger im richtigen Ausmass be- bzw. entlastet, stimmt auch das Modul Kostenträgerrechnung. Mit umfassenden inhaltlichen Tests im Vorfeld, die auf das Zusammenspiel der beiden Module fokussieren, steigen die Chancen deutlich, dass sich die Software auch in der Praxis bewährt.

Testmanagement:

Querschnittfunktion im Projekt

Die Projektleitung ERP@KSA beurteilt das Testen als wesentlichen Faktor der zweiten Etappe. Sie hat das Testmanagement daher bewusst als eigenes Querschnittteilprojekt definiert und verankert.



Brigitte Koller

Consultant Tarife

Sie begleitet Mandate in den Bereichen Leistungsrevision, Tarifoptimierung sowie -schulung und steht Spitälern als Ansprechpartnerin für IT-Fragen und Prozessoptimierungen in der elektronischen Leistungserfassung zur Verfügung.

Mit den Integrationstests wird geprüft, ob nicht allein die einzelnen Module für sich die richtigen Ergebnisse liefern, sondern ob sie dies auch dann noch tun, wenn alle Module im Einsatz stehen.

Systematisches Vorgehen

Um aussagekräftige Test durchzuführen, sind folgende Elemente notwendig:

- Testkonzept: Im Testkonzept sind das Testvorgehen, die verschiedenen Hilfsmittel und Richtlinien sowie der Testablauf definiert
- Testdrehbuch: In der Liste der Testfälle und -szenarien finden sich die Abrechnungsverträge des KSA. Die Szenarien enthalten von den Aufnahmeparametern, der Leistungserfassung, der Abrechnung und den Anforderungen des Controllings alle Informationen, die für die Abrechnung nötig sind. Die Liste der rund 80 Szenarien bildet das Herzstück der Integrationstests
- Testdaten: Die Integrationstests erfolgen auf dem getrennt vom Hauptsystem angelegten SAP-Testsystem
- Bei den End-to-End-Tests der Schnittstellen zu den Umsystemen wird der Fluss der Patientendaten zu den Subsystemen und den Leistungsdaten überprüft. Die Tests erfolgen unter Einbezug der jeweiligen Fachbereiche. Bei den Patientenstammdaten wird neben der Korrektheit der Parameter auch die Übertragung der verschiedenen Mutationen kontrolliert
- Test Ausfallsystem: Das Ausfallsystem stellt die Weiterverteilung der Patienten-/Falldaten an die Umsysteme während einem Unterbruch sicher. Beim Integrationstest wird der geplante und der ungeplante Unterbruch simuliert und so sichergestellt, dass das Ausfallsystem wunschgemäss reagiert

Frau E. Wehrli

Gesamtprojektleitung ERP@KSA

Dank der Zusammenarbeit mit H Services kamen wir mit deutlich geringerem Aufwand zu einem umfassenden Testmanagement. Uns hat das externe Expertenwissen sehr geholfen, aussagekräftige Testfälle zu entwickeln.

- Test Kartenleser: Der Test des Versichertenkartenlesers wird als Praxistest mit echten Karten durchgeführt
- Test Drucker: Bei den Tests wird sichergestellt, dass die Dokumente mit dem korrekten Inhalt erstellt und auf das korrekte Papier gedruckt werden. Dies wird an jedem Arbeitsplatz überprüft
- Dokumentation der Testresultate: Die Testergebnisse werden in einer Liste mit den Testfällen und -szenarien festgehalten. Mit der Dokumentation der Fehler werden Termine und Verantwortlichkeiten für die Nachbesserung festgehalten und der Arbeitsfortschritt überwacht.

Konzeption und Durchführung

Die Consultants von H Services haben von der konzeptionellen Vorbereitung bis zur praktischen Durchführung die Mitarbeitenden des Spitals unterstützt. Dabei haben wir unser erprobtes Spital Know-how eingebracht:

- Testfälle vorbereitet und geprüft
- Die Integrationstests geplant, organisiert und begleitet
- Die Ergebnisse dokumentiert
- Fehlerlisten geführt und für Korrekturen gesorgt

Alters- und Pflegeheime

Den richtigen Zeitpunkt für den neuen Betreiber finden

Wenn eine Gemeinde ihr Alters- und Pflegeheim nicht mehr selbst betreiben will, stellen sich einerseits Fragen nach dem richtigen Zukunftsmodell und andererseits nach dem erfolgsversprechenden Vorgehen für die Umsetzung.

Alters- und Pflegeheime werden oft von ihren Standortgemeinden betrieben. Die Änderungen der Rahmenbedingungen mit dem neuen Finanzausgleich (2006) und der neuen Pflegefinanzierung (2010) haben dazu geführt, dass vermehrt Alters- und Pflegeheime verselbständigt werden. Sie können dann in eigener unternehmerischer Verantwortung den Herausforderungen begegnen.

Eine Alternative zur Verselbständigung ist die Übertragung eines gemeindeeigenen Heims an einen Dritten. Diese Variante hat sich in der Gemeinde Arth geboten. In Arth hat die Stiftung Mythenpark bereits den Mythenpark betrieben. Mit der Eröffnung des Ersatzneubaus für das «Alters- und Pflegeheim Hofmatt» sollte nach einem ersten Beschluss von Gemeinde und Stiftung der Betrieb des neugebauten Heims «Chriesigarte» ebenfalls durch die Stiftung übernommen werden.

H Focus hat das Umsetzungsprojekt begleitet. Folgende Projektelemente haben sich dabei als wichtig erwiesen:

- **Richtiger Zeitpunkt:** Die Übernahme des Heims kann nicht auf die Eröffnung des «Chriesigarte» hin erfolgen, sondern muss bereits früher abgeschlossen sein. Nur so wird sichergestellt, dass jene Organisation, die später den «Chriesigarte» betreibt, den Betrieb des Neubaus planen kann. Im Weiteren können die Strukturen des Unternehmens in aller Ruhe auf die Situation im Neubau vorbereitet werden.
- **Organisation:** Um allen Beteiligten eine klare Perspektive zu geben, ist die Organisation der Stiftung und der Betriebe auf die Struktur mit zwei Heimen auszurichten. Zu diesem Zweck wurde mit Stiftungsräten und mit den Kaderangehörigen der beiden Heime eine Organisationsentwicklung durchgeführt.
- **Arbeitsabläufe vereinbaren:** Da die beiden Heime unter dem gleichen Unternehmensdach eng zusammenarbeiten, braucht es eine Vereinheitlichung der Abläufe. Zu diesem Zweck wurden für die verschiedenen Bereiche wie Pflege, Hotellerie, Administration usw. gemeinsame Teams gebildet, die – unter externer

Adalbert Spichtig

Präsident Stiftung Pflegezentren
Gemeinde Arth

Unter der organisatorischen und juristischen Leitung von H Focus wurde ein Werk geschaffen, das eine Integration aller Mitarbeitenden in die neue Organisation ermöglichte. Dieses Vorgehen war sehr erfolgreich und wurde durch das Ausbleiben einer Kündigungswelle bestätigt.

Begleitung – die zukünftigen Abläufe entwickelten. Dabei konnten sich die Mitarbeitenden gegenseitig kennenlernen und die Betriebe voneinander profitieren.

- **Arbeitsbedingungen klären:** Die Mitarbeitenden der Gemeinde waren dem öffentlichen Recht unterstellt, diejenigen der Stiftung dem Privatrecht. Um den Mitarbeitenden Sicherheit über die zukünftigen Arbeitsbedingungen zu geben, wurde mit einer gewählten Mitarbeiterdelegation beider Betriebe ein neues Personalreglement ausgehandelt.
- **Vertragliche Grundlagen:** Da das neue Konzept für die Übertragung auf die Stiftung völlig anders war, galt es, die bisherige Vereinbarung mit einem neuen Vertrag zu ergänzen. Dieser enthielt u.a. klare Regelungen zur Übernahme des Personals, so dass die Gemeinde auf Änderungskündigungen verzichten konnte.
- **Umsetzungsphase:** Der Zeitpunkt für die definitive Übernahme wurde so gewählt, dass genügend Zeit für die Umsetzung vor der Inbetriebnahme blieb.



Roland Wormser

Partner, Dr. pharm.

Er bearbeitet Mandate in den Bereichen Strategie, Organisationsentwicklung, Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung und betreut vor allem den Bereich Alter und Gesundheit.



Susanne Peretti

Partner

Ihre Stärken liegen in den Bereichen Projektmanagement, Prozessoptimierung, Ressourcenplanung, Coaching und Teamentwicklung.

TARMED 2.0

Bereit für alle Fälle

Geht alles nach Plan, wird bereits am 1. Januar 2017 nach TARMED 2.0 abgerechnet. Der neue TARMED führt gegenüber der heutigen Version zu grundlegenden Änderungen mit bedeutenden Auswirkungen auf die Leistungserfassung der Spitäler und Kliniken. Wir sind vorbereitet, um die Leistungserbringer bei der Umsetzung zu unterstützen.

Noch sind vor allem verbandspolitische Fragen zum neuen TARMED offen. Sie können dazu führen, dass die neue Version des TARMED später als heute geplant eingeführt wird. Wir haben Maria Cortesi, Consultant H Services mit reicher TARMED Erfahrung nach dem Stand der Dinge befragt.

Was wird sicher neu sein im TARMED 2.0?

Der überarbeitete Tarif ist einfacher und übersichtlicher gestaltet, das heisst, es werden nicht mehr über 4'500 Leistungen abgebildet. Der Aufbau orientiert sich am heutigen TARMED. Jedoch ist der Inhalt in folgenden Punkten überarbeitet:

- Die Kapitelhierarchie ist flacher mit maximal 3 Ebenen
- Es gibt dadurch mehr Kapitel aber weniger Unterkapitel und somit weniger Klicks
- Die Abbildung der Leistungen ist auf die ambulante Leistungserbringung und Verrechnung fokussiert

Weniger Regeln

Die heutige Anwendung des TARMED ist sehr komplex, da das Tarifwerk viele komplizierte und ineinander verschachtelte Regeln enthält. Im TARMED

2.0 bleiben ausschliesslich Regeln bestehen, welche medizinisch begründet sind, der Sicherheit der Patienten dienen oder für eine korrekte Anwendung des Tarifs notwendig sind.

Kataloge

Die Gliederung ist neu. Es wird von einem numerischen zu einem alpha-numerischen System gewechselt. Da alle Positionen eine neue Kennzeichnung erhalten, müssen alle Kataloge, bzw. Leistungsspektren neu aufgebaut werden.

Leistungen

Auf die Abbildung von stationären Leistungen wird verzichtet. Für die Verrechnung von seltenen und innovativen Leistungen gibt es neu flexible Zeitleistungen. Neu sind auch mehrere OP-Leistungen, die neben der Wechselzeit, für die Planung, Sicherheit und Vorbereitung verrechnet werden können. Da es sich dabei teilweise um Zeitleistungen handelt, ist eine Verknüpfung zum Planungssystem zu prüfen.

Die Änderungen der Taxpunkte auf den einzelnen Leistungen beeinflusst wesentlich den ambulanten Ertrag. Nur bei einer qualitativ hochstehenden Implementierung des neuen Tarifs sind die künftigen Erträge gesichert. Die finanziellen Auswirkungen können wir heute nicht abschätzen, da die Datenbank des TARMED 2.0 noch nicht einsehbar ist. Klar ist, dass die neuen Leistungen losgelöst von der Ausbildung der Ärzte angewendet werden können, da die Dignitäten wegfallen.

Welche Folgen haben diese Änderungen für die Spitäler?

Damit die Leistungen erfasst werden können, müssen alle Leistungsspektren neu definiert werden. Zudem müssen Anpassungen in den IT-Systemen vor-

genommen werden. Anpassungsbedarf sehe ich auch bei der Kostenrechnung, da im neuen TARMED nicht mehr alle stationären Eingriffe abgebildet sind.

Welche Module zur Einführung des neuen TARMED sind nach Deiner Erfahrung zielführend?

- Ist-Analyse (IT-Systeme, Leistungserfassungsprozesse, Definition Handlungsbedarf, Empfehlung für Umsetzung)
- Integrationskonzept (Leistungserfassungs-, Planungssystem und ERP, Kostenrechnung, Modellrechnungen, Tests)
- Leistungserfassungskonzept anpassen (technische und prozessuale Änderungen, Kostenrechnung)
- Fachgespräche und Überarbeitung Leistungsspektren/Belege und Blöcke
- Individuelle Schulung

Der Zeitpunkt der Umsetzung ist noch offen. Welche Schritte können Spitäler bereits heute unternehmen, um am Tag x (z.B. am 1. Januar 2017) gut vorbereitet zu sein?

Dank einer Ist-Analyse wissen die Spitäler und Kliniken, wo sie stehen. So können sie eine Einführung per 1. Januar 2017 planen.

Welche Haupttätigkeiten müssen bis zum Produktivstart erledigt sein?

Um TARMED 2.0 erfolgreich einzuführen, müssen folgende Haupttätigkeiten abgeschlossen sein:

- Überarbeitete Leistungsspektren pro Leistungserbringer
- Neuparametrisierung der IT-Systeme
- Schulung der Anwender
- Angepasste Arztverträge und Honorarregelungen



Maria Cortesi
Consultant Tarife

Sie betreut die Tarifberatung und führt Tarifschulungen, Leistungsrevisionen sowie Prozessoptimierungen durch.

Auf dem Weg zur Zertifizierung

Kostenrechnung: zertifiziert und aussagekräftig

Stellen Sie sich vor: Sie haben gerade stolz die REKOLE®-Zertifizierungsurkunde in Ihrem Büro aufgehängt. Sie lehnen sich mit einem zufriedenen Lächeln einen Moment zurück und geniessen diesen Meilenstein. Ihre Gedanken schweifen zu den wirtschaftlichen Entscheidungen, die Ihre Spitalleitung treffen muss. Sie sind ruhigen Mutes: Sie wissen, dass diese Entscheide auf zuverlässigen, aussagekräftigen Analysen Ihrer Kostenrechnung beruhen. Ein gutes Gefühl?

Seit 2008 gilt REKOLE® als nationale Grundlage für eine einheitliche schweizweite Anwendungspraxis der Kosten- und Erlösrechnung im Spital. Seit Mitte 2010 können die Spitäler ihre Kostenrechnung nach REKOLE® bei H+ zertifizieren lassen. Der Zertifizierungsnachweis wird mittlerweile von mehreren Kantonen gefordert und hat für Tarifverhandlungen mit Versicherern eine wesentliche Bedeutung.

Kein Selbstläufer

Der Weg vom theoretischen Wissen der Kostenrechnung im Spital gemäss REKOLE®-Buch zur praktischen Umsetzung ist aber nicht selbsterklärend. Bei den meist notwendigen Anpassungen in der Kostenrechnung stellen sich zahlreiche Fragen: Was bedeuten die REKOLE®-Vorgaben konkret für unser Spital? Wie können wir die Vorgaben umsetzen? Welche übrigen Systeme sind von den Änderungen betroffen? Wie kann ich die notwendigen Änderungen in der Kostenrechnung planen? Wie gehen wir vor, wenn die internen Ressourcen nicht ausreichen? Woher bekomme ich Un-

terstützung, wenn das interne Fachwissen noch aufgebaut werden muss? Wie bekomme ich Sicherheit, dass meine Lösungsansätze sinnvoll und umsetzbar sind?

Keine stimmige Kostenrechnung ohne Verständnis der Spitalprozesse

Um eine in sich stimmige Kostenrechnung aufzubauen, braucht es ein vertieftes Verständnis für die Spitalprozesse. Die Themen reichen von der Leistungserbringung bis zur Leistungsverrechnung: Wie sind die Werteflüsse der ärztlichen Leistungen und der Medikamente und Materialien von der Erfassung bis zur Verrechnung auf den einzelnen Fall abzubilden? Die Materialwirtschaft, die Leistungserfassungssysteme und der Prozess der Leistungserfassung rücken plötzlich in den Fokus. Um den gesamten Kreislauf mit seinen Systemen der Leistungserbringung und Leistungserfassung, der Materialwirtschaft, der Fakturierung, der Finanz- und Anlagebuchhaltung sowie der Kostenrechnung zu verstehen, braucht es theoretisches und praktisches Spital-Know-how.

Hier unterstützen wir Sie

Die Consultants Finanzen von H Services haben langjährige Spitalerfahrung und unterstützen die Einführung von REKOLE® konkret:

- Als Sparringpartner bei allen REKOLE®-Themen
- Durch Übernahme von Projektmanagementaufgaben im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten
- Mit Beratung zu REKOLE®-Themen im Rahmen von ERP-Einführungen
- Durch Erarbeitung und Implementierung von Konzepten zur finanziellen Führung

Beatrice Müller

CFO Universitätsklinik Balgrist

Wir profitieren vom grossen Erfahrungsschatz, den die Consultants von H Services bei der Begleitung von Zertifizierungen aufweisen. Dadurch fokussieren wir uns von Anfang an auf die relevanten Themen und können H Services auch fachspezifische Teilprojekte vertrauensvoll übertragen. Wir erleben die Zusammenarbeit als sehr bereichernd und unterstützend.

- Durch Konzeption von Schulungen für Kostenstellenverantwortliche
- Mit Durchführung von Schulungen für Kostenstellenverantwortliche
- Durch Unterstützung bei der Erstellung der Dokumentationen für die REKOLE®-Zertifizierung



Richard Seunig

Consultant Finanzen

Er leitet Projekte in den Bereichen Finanz- und Rechnungswesen wie REKOLE®, Prozessoptimierungen und Projektmanagement.

Chancen und Risiken

Ertragsoptimierung mit dem DRG-Validator

Mit der Abrechnung nach SwissDRG werden hohe Anforderungen an die Kodierung gestellt. Insbesondere komplexe Fälle erfordern vertieftes medizinisches Wissen, genaue Kenntnisse der umfangreichen Kodierregeln und Einzelfallentscheide sowie spezifisches DRG-Know-how, um die optimale DRG anzusteuern. Die – revisionsfeste, d.h. im Rahmen der Kodierrichtlinien korrekte – Zuordnung der Fälle zur jeweils best- abgegoltenen DRG und damit das Vermeiden von Unterkodierung ist die Grundlage für eine hohe Ertragskraft und eine angemessene Darstellung der vom Spital erbrachten Leistungen für kantonale Spitalisten und Leistungsaufträge.

Die Kodierqualität wird aktuell durch die gesetzlich vorgeschriebene Kodierrevision, durch Audits verschiedener Anbieter sowie zumindest teilweise durch Medplaus beurteilt. Diese Verfahren haben bis auf Medplaus den Nachteil, dass sie lange nach der Fakturierung der Leistungen stattfinden. Zudem decken sie durch das Stichprobenverfahren jeweils nur eine kleine Fallzahl ab.

Zusatzauswertung bringt Zusatznutzen

Der DRG-Validator, den H Services auf Basis etablierter Auswertungswerkzeuge und eigener Erfahrung mit Kodieraudits entwickelt hat, ist eine Software, mit deren Hilfe wir die Kodierqualität umfassend überprüfen können. Der DRG-Validator prüft den gesamten BFS-Datensatz auf:

- Verletzung von Kodierregeln
- Verletzung von Exklusivkriterien im ICD und CHOP
- Unwahrscheinliche Aufenthaltsparemeter (Verweildauern, die nicht zu Diagnosen oder Prozeduren pas-

sen, hohes bzw. tiefes Kostengewicht pro Tag, unpassendes Alter, seltene Haupt-, Nebendiagnosen-, Prozedurenkombinationen)

- Hohe Wahrscheinlichkeit eines DRG relevanten Hauptdiagnose/Nebendiagnosewechsels
- Hohe Wahrscheinlichkeit weiterer DRG relevanter Nebendiagnosen-Prozeduren-Wechsel
- Kontrolle von Beatmungsstunden und IPS-Scores bezüglich Nähe zu DRG relevantem Wechsel

Die Regeln, um kritische Fälle zu entdecken, basieren auf einem Pool von 40'000 Patientendatensätzen. In den Testläufen haben die Resultate des DRG-Validators eine hohe Relevanz gezeigt.

Ziel ist es, sowohl über- als auch unterkodierte Fälle zu finden, um die Kodierung stetig zu verbessern. Dabei geht es darum, systematische Kodierfehler und falsche Muster zu erkennen, deren Ursache aufzudecken und zu beheben.

Prüfung mit Krankengeschichten zwingend

In jedem Fall müssen entdeckte Fälle aufgrund der Krankenakten überprüft werden.

Einerseits kann der Datensatz nur nach einem Prüfkriterium ausgewertet werden, es ist aber auch möglich, zwei oder mehr Prüfkriterien zu kombinieren und somit den Streuverlust nochmals zu reduzieren. Der DRG-Validator führt bei jedem Veränderungsvorschlag direkt eine Simulationsgruppierung durch, so dass ersichtlich ist, in welche DRG die Rekodierung des Falls führen würde.

Chancen erhöhen und Risiken reduzieren

Der DRG-Validator stellt für die Spitäler also gleich in dreifacher Art einen Mehrwert dar. Erstens werden unter-, aber auch überkodierte Fälle erkannt und können korrigiert werden. Somit wird eine Ertragsminderung vermieden und andererseits Rückforderungen der Krankenkassen vorgebeugt. Zweitens können systematische Kodierfehler erkannt werden und die Kodierer dementsprechend nachgeschult werden. Drittens stellt unsere Software eine Verhandlungsgrundlage zwischen den Spitälern und den Krankenkassen dar, um die wachsende Zahl der Rückforderungen einzudämmen.

Da der Datenpool Patienten von Regionalspitälern bis hin zu Universitäts- spitälern enthält, eignet sich der DRG-Validator für alle Spitalgrössen.



Philipp Oetjen

Consultant Kodierung
Dr. med.

Er betreut Kodiermandate für unsere Kunden.



Leo Boos

Partner, Dr. oec.

Er leitet Beratungsmandate zu den Themen Umsetzung von Strategien, Prozessentwicklung und Risikomanagement.

IMPRESSUM

H Focus AG
Lindenstrasse 16, 6340 Baar
Telefon 041 767 05 05
Fax 041 767 05 06
info@hfocus.ch, www.hfocus.ch

Gestaltung und Produktion
Victor Hotz AG, Steinhausen/Zug

Quereinsteiger als CFO im Spital

Für die Leitung Finanzen wünschen sich Spitäler und Kliniken einen Kandidaten, der persönlich und fachlich überzeugt und idealerweise vertiefte Branchenkenntnisse im Gesundheitswesen mitbringt. Was tun, wenn bei den überzeugendsten Kandidaten der Bezug zum Gesundheitswesen fehlt?

H Services unterstützt Sie mit einem auf Ihre Erfordernisse abgestimmten Einarbeitungsprogramm. Damit stellen Sie sicher, dass Ihr Wunschkandidat innert kurzer Zeit effizient und produktiv arbeiten kann.

Ihre Kursdaten 2016

DRG Seminar **CHF 490**

17. November 2016

TARMED Grundlagen **CHF 490**

28. Januar 2016
26. April 2016
31. August 2016
8. November 2016

TARMED Vertiefung **CHF 490**

15. März 2016
15. Juni 2016
28. September 2016
1. Dezember 2016

Personalengpässe: Wir helfen weiter

Nicht vorhersehbare Ereignisse wie Kündigung, Krankheit, Unfall oder Babypause können die Leistungsfähigkeit der Spitaladministration gefährden.

Ein Rückstau in der Fakturierung oder Kodierung der Leistungen des Spitals sind mehr als lästig. Sie führen zu Verzögerungen des Zahlungseingangs und damit zu Liquiditätsengpässen. Zahlungsausfälle können die Folge sein. Zudem verzerren sie das Bild der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.

Mit unserem erfahrenen und gut ausgebildeten Fachpersonal können wir Engpässe mit minimalem Einarbeitungsaufwand schliessen. Während der vereinbarten Zeit übernehmen wir Aufgaben bei den Finanzen, der Fakturierung oder der Kodierung bei Ihnen vor Ort oder von unserem Service Center in Baar aus.

Nehmen Sie bei Bedarf Kontakt mit uns auf. Wir helfen weiter.

Tarif Zirkel **CHF 190**

12. April 2016
29. Juni 2016
17. August 2016
6. September 2016
15. Dezember 2016

TARMED Bildung nach Mass

Nach Vereinbarung

SGMC Kodierfortbildung Viszeralchirurgie

Lindenstrasse 16, 6340 Baar

Details und Anmeldung:
www.hfocus.ch

1. Durchführung

Dienstag, 3. Februar 2016
8.30 – 16.30 Uhr (wenige Plätze frei)

2. Durchführung

Mittwoch, 4. Februar 2016
8.30 – 16.30 Uhr (wenige Plätze frei)

