



Fotos: DGfM

# Das Konzept ist aufgegangen

## 10. Herbst-Symposium der DGfM war mit über 400 Teilnehmern ein voller Erfolg

*Ein Wohnzimmer in Heidelberg, Wein und sieben Freunde, die ein gemeinsames Ziel haben: Sich als Medizin-Controller fachlich und wissenschaftlich zu organisieren. So entstand im Jahr 2001 die Deutsche Gesellschaft für Medizin-Controlling (DGfM). Kurz darauf fand im Hörsaal der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Ludwigshafen das erste Herbst-Symposium statt. Das Konzept ist aufgegangen: Heute zählt die DGfM bereits über 500 Mitglieder. Das 10. Herbst-Symposium war mit über 400 Teilnehmern die bisher größte Veranstaltung.*

**D**ie Teilnehmerzahlen der DGfM-Herbst-Symposien sind kontinuierlich gestiegen. Neben den Medizin-Controllern kommen mittlerweile auch Verwaltungsdirektoren, Geschäftsführer, klinisch tätige Ärzte, Kodierfachkräfte, Pflegekräfte, Dokumentationsbeauftragte, Juristen und Betriebswirtschaftler, sowie Mitarbeiter der Krankenversicherungen und des medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen zu den Veranstaltungen. Seit diesem Jahr sind vermehrt auch Mitarbeiter aus psy-

chiatrischen Kliniken dabei, die ab 2013 auch mit pauschalen Entgelten abrechnen werden.

### Wer ist der Medizin-Controller?

Nach der Begrüßung durch den Vorstandsvorsitzenden der DGfM, Dr. med. Steffen Gramminger, und seinen Stellvertreter, Dr. Nikolai von Schroeders, ging Holger Diemer vom Universitätsklinikum Tübingen in seinem Vortrag der Frage nach, wer denn überhaupt Medizin-Controller sei. So sei der Medizin-Controller früher stets Arzt gewesen, dagegen fänden sich heute immer häufiger auch Nicht-Ärzte unter ihnen. Viele sind Leiter von ganzen Abteilungen mit Kodierfachkräften und entsprechenden Führungsaufgaben. „Die Berufsbezeichnung Medizin-Controller ist zu einem schillernden Begriff geworden. Deshalb sollten in der DGfM nicht nur die ärztlichen Medizin-Controller, sondern alle im Medizin-Controlling Tätigen vertreten sein“, so Diemer. Er schloss seinen Vortrag mit der Bitte an alle, hier die Diskussion mit der DGfM aktiv weiter zu führen.

„Wie messbar ist die Seele?“, lautete der Titel des Vortrags des Vorsitzenden der Kommission Entgelt-

system der Bundesdirektorenkonferenz, Professor Dr. Thomas Pollmächer. Sind Befunde, Diagnosen und Leistungen in der Psychiatrie und Psychotherapie überhaupt objektiv bewertbar? Der Erklärungsversuch führte die Besucher des Herbst-Symposiums zurück in die Zeit der Philosophen im frühen 17. Jahrhundert, die schon damals zwischen Leib und Seele bzw. Psyche und Soma unterschieden und einzelne Funktionsweisen zuordneten.

Heute könnten Aktivitäten und Stimuli im Gehirn z.B. durch die fMRT nachgewiesen werden. Aber eine Objektivierung sei dadurch noch nicht möglich, erklärte Pollmächer. „Psychiatrische Befunde sind beobachtbar, teilweise messbar, aber nur schwer objektivierbar.“ Professor Dr. Pollmächer sieht aber dennoch die Notwendigkeit einer Leistungskontrolle in der Psychiatrie.

Über die hochaufwändige Pflege von Patienten und den OPS-Kode 9-20 berichtete Anke Wittrich vom Deutschen Pflegerat e.V. Bedingt durch den demografischen Wandel steige die Zahl der zu behandelnden Patienten stetig, während die Zahl der in der Pflege Tätigen

sinke. Wie kann also der erhöhte Pflegeaufwand besser im DRG-System abgebildet werden? Der PKMS müsse dringend überarbeitet werden, da die Eingruppierung nicht einfach sei und außerdem der Dokumentationsaufwand zu groß und entsprechend der Schulungsaufwand zu hoch sei – „oder muss man komplett neu umdenken?“

### Verbindung von DRG-Daten und Ergebnisqualität

Über eine interessante Studie berichtete Sebastian Lehotzki von den Asklepios-Kliniken. Diese macht Aussagen zur Verbindung von DRG-Daten und der Ergebnisqualitätsmessung. Erstmals wurde die Patientenzufriedenheit auf die Art der Eingriffe bzw. auf die Behandlungsgründe bezogen. In einer bundesweit einheitlichen Befragung wurden 30.000 Fragebögen versandt und der Rücklauf von fast 35 % ausgewertet.

Beispielsweise wurde der Entlasszeitpunkt bei einer Knie-TEP von vielen Patienten als zu früh empfunden (32 %), wohingegen Patienten, die mit einem Mammakarzinom behandelt wurden, eher mit der Organisation bzw. mit der Einhaltung der Termine unzufrieden (27,4 %) waren. Ein beachtlicher Teil der befragten Patienten (18,2 %) hatte zudem den Eindruck, dass er bei der Aufnahme in die Klinik nicht ausreichend über den Behandlungsverlauf informiert worden war.

### Dürfen Kliniken nachberechnen?

Friedrich W. Mohr, Fachanwalt für Medizinrecht, beantwortete anschließend die Frage, ob Kliniken nachberechnen dürfen. Er empfiehlt, Rechnungen teilweise mit Vorbehalt zu stellen. So sei man nicht an die 300-Euro- bzw. 5 %-Bagatelle-Regel gebunden, weil das Verfahren in diesem Fall schwebt. Er kritisierte in seinem Vortrag vor allem, dass laut Gesetz MDK-Fälle zwar innerhalb von sechs Wochen einzuleiten sind, es aber keine gesetzliche Regelung gebe, wann diese abzuschließen sind. Er empfiehlt hier die eindeutige Regelung von sechs Wochen Einleitung und sechs Wochen Prüfung bzw. drei Monate insgesamt. Das sei fair für alle Beteiligten.

### Das „Wettrüsten“ beenden

Bernd Beyerle von der Techniker Krankenkasse in Hamburg erklärte den Symposiumsteilnehmern, wie mit Rechnungen in seiner Kasse verfahren wird. Erst nach der dritten computergestützten Prüfung bekomme ein Sachbearbeiter die Rechnung im Falle von Auffälligkeiten bzw. Unstimmigkeiten zur persönlichen Begutachtung. Dadurch habe die TK auch eine so hohe Erfolgsquote bei den eingeleiteten MDK-Prüfungen – wobei die Zahl fehlerhafter Rechnungen lediglich im oberen einstelligen Prozentbereich läge. Er forderte die Beteiligten auf, „das Wettrüsten zu beenden“ und die 300-Euro-Regelung zu streichen, damit der Verwaltungsaufwand sowohl im Krankenhaus als auch in den Krankenkassen reduziert werden kann. DGfM-Vorstandsvorsitzender Dr. Gramminger schlug im Gegenzug vor, den Satz sogar noch zu erhöhen. Dadurch könnten Krankenkassen motiviert werden, ihr Fall-Management zu optimieren und eine ähnlich gute Fall-Auswahl zu treffen wie die TK.

Dr. med. Ulf Dennler vom Universitätsklinikum Jena stellte anschließend seine demografische Vision des Jahres 2050 vor. „Der Trend geht zur Zweitprothese“, so seine Prognose. Durch die strikten Anti-Rauchergesetze werde es zudem weniger Koronarerkrankungen sowie – auf Grund empfindlicherer Sonografiegeräte – weniger entnommene Blinddärme geben. Da-

gegen sei bereits jetzt ein starker Anstieg an Schilddrüsenerkrankungen festzustellen.

### „Die Psych-DRGs sind toll“

Das jüngste Kind von Dr. med. Frank Heimig vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), scheint sich dagegen prächtig zu entwickeln: Die Psych-DRGs seien toll, „mit 317 angelegten DRGs, wovon 80 % wohl auch durchgehen“. Auch freue sich das InEK auf konstruktive Vorschläge zu diesem Thema.

Zudem wird eine Datenbank mit FAQs zu allen relevanten Themen eingerichtet, mit der es möglich sein wird, selbst Fragen einzugeben.

Mit 1194 wird es 2011 wieder weniger DRGs geben als 2010. Grund: Durch die differenzierte Weiterentwicklung und (fast) perfekte DRGs ergibt sich eine verbesserte Abbildungsqualität. Alles sei aber noch nicht zufriedenstellend geregelt. Die Vergütungsproblematik zum Beispiel beim Karpaltunnel-Syndrom (Bo5Z oder B17C) sei noch nicht geklärt. Der PKMS wird laut Heimig aber „in jedem Fall kommen und zu einer Umverteilung führen“. ■

Weitere Informationen zur Veranstaltung sowie die Vortragsfolien zu den einzelnen Referaten finden Sie auf der Homepage der DGfM: [www.medicincontroller.de](http://www.medicincontroller.de) Rubrik „Informationen“

