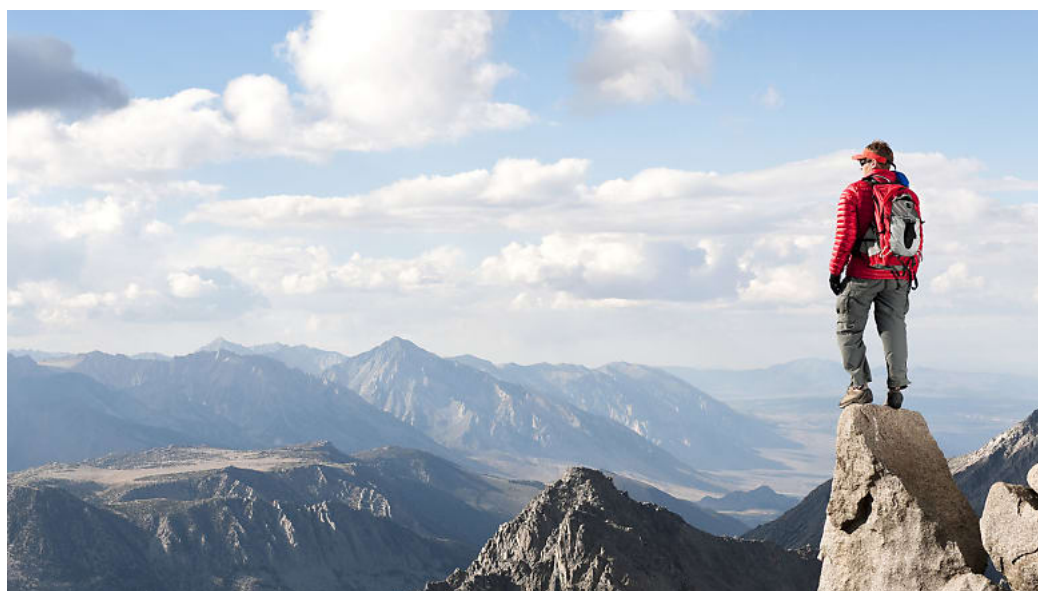


Spitäler rechnen falsch und zuviel ab – eine Gegenthese aus der Praxis

Veröffentlicht am: 14. Februar 2019 10:00

Letzte Aktualisierung: 18. Februar 2019 15:06



Im letzten Jahrzehnt entwickelt sich die oben auszugsweise dargestellte öffentliche Berichterstattung zur Praxis der Leistungsabrechnung im Gesundheitswesen zunehmend einseitig und leistungserbringerkritisch.

Ärzte und Spitäler rechnen drei Milliarden zu viel ab – 20 Minuten

Spitäler verrechnen zu viel, und niemand kontrolliert – Beobachter

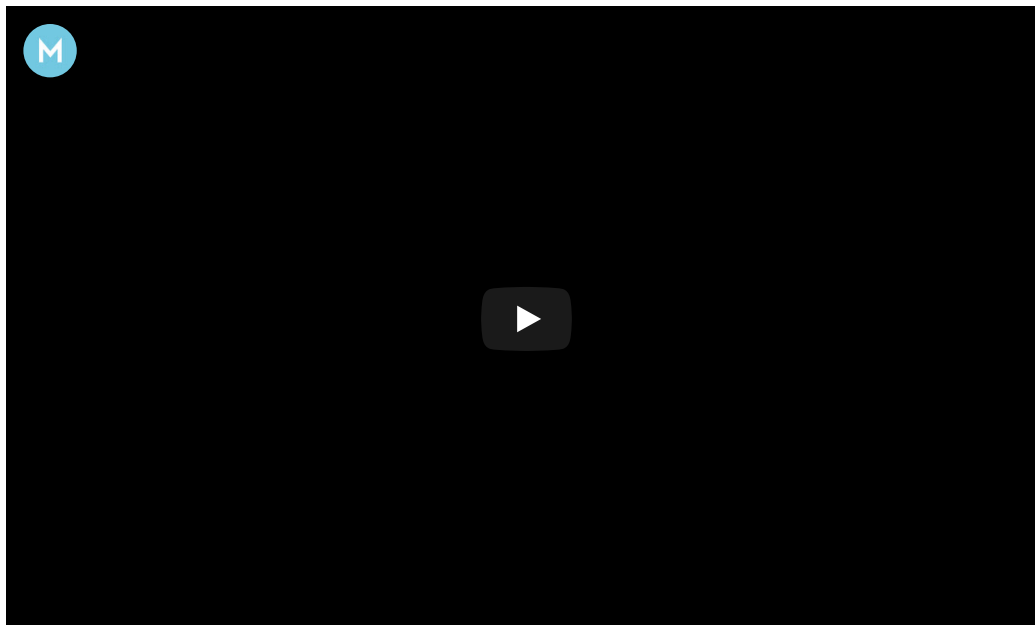
Eine künstliche Beatmung für 46'704 Franken – Tagesanzeiger

Spitäler und Ärzte zocken Patienten ab – Blick

Natürlich mag es falsch vollzogene oder gar bewusst überreizte Einzelfälle geben, aber es gibt keinen Grund, diese über die gesamte Branche, und besonders die Spitäler, zu übertragen. Trotzdem ist dies gemäss der Berichterstattung der letzten Jahre leider mit zunehmender Tendenz der Fall und beeinflusst die Branchenstimmung sowie Zusam-

menarbeit unter allen Partnern darin negativ.

Daher ist es Zeit, dies reflektierter zu betrachten und damit auch die „Gegenseite der Medaille“, also den Zustand zu untersuchen, ob es relevante Umsatzeinbussen der Spitäler gibt, welche sie nicht verrechnen, obwohl ihnen dies gemäss aktueller Gesetzgebung und Tarifwerken zustehen würde. Dazu gibt die Firma medCare Schweiz AG einen Einblick in die gelebte Praxis in der Schweiz.



Es bestehe kein Zweifel, so Uwe Höhnel, Universitärer Casemix-Performer & Trainer sowie BfS- anerkannter SwissDRG-Kodierrevisor der medCare: «Die umfassend perfekte Leistungsabrechnung ist eine Illusion. Denn durch die sich regelmässig verändernde und nicht umfassend stringente DRG-Systemkomplexität sowie begrenzten Ressourcen im Alltag ist in keinem Spital und bei keinem externen Dienstleister eine solche und damit optimale Fakturierung auf Anhieb realistisch.»

Aus diesem Grund haben wir, aus dem praktischen Spitalalltag heraus, in den letzten Jahren unser Expertensystem medPal® etabliert – ganz im Sinne einer fundierten Erlöspotenzial-Analyse und -Realisierung sowie einer individuell bedarfsgerechten und uneingeschränkten Know-how-Weitergabe an unsere Kunden im befähigenden Unterstützungsansatz und über die Jahre in mehreren hunderten Datenjhranalysen bedarfsgerecht weiterentwickeln dürfen.»

medPal® hat zum Ziel, jene Erlöse zu sichern, welche ein Spital verdient, aber bisher aus unterschiedlichsten Gründen nicht verrechnet hat.

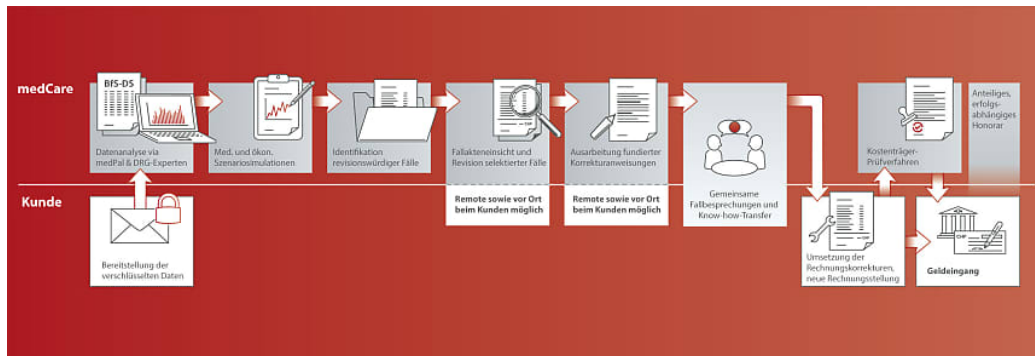
«Dabei verstehen wir unsere Dienstleistung als Gesamtpaket», betont Maria Kuhn-Lawinger, Medizincontrollerin H+, von Seiten medCare und ergänzt: «Wir setzen uns sprichwörtlich in das Boot unserer Kunden, da wir nur anteilig erfolgsabhängig dafür honoriert werden, was unsere Kunden wirklich an Mehrerlösen auf ihrem Bankkonto wiederfinden, und auch erst dann und nicht vorher. Demnach leben wir vom realen Projektergebnis und nicht einer theoretischen Beratertheorie.»

So versteht sich medPal® als eine Art «Rundum-sorglos-Paket» für die Spitäler, denn die extern durch medCare generierten Kosten werden durch die eingenommenen Mehrerlöse mehrfach überkompensiert und finanzieren sich somit automatisch selbst.

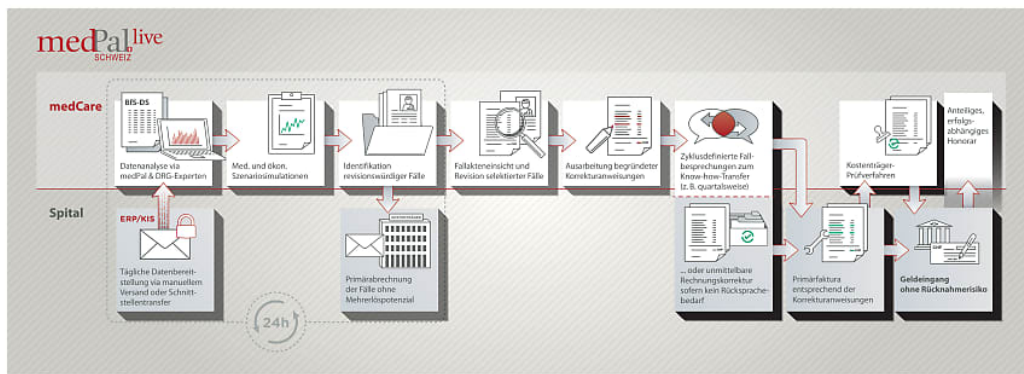
Zudem gibt das medPal®-Projektdesign jeglich im Rahmen des Projektes gewonnenes Know-how uneingeschränkt zur internen Verwendung und selbstständigen Anwendung weiter, d.h. es werden keine externen Abhängigkeiten geschaffen, sondern die Spitäler bedarfsgerecht befähigt zur eigenständigen Anwendung in ihrer damit reifen Selbstkompetenz.

Somit kann gewährleistet werden, dass der «Mammutanteil» der Projektarbeit ressourcenschonend outsourct wird bei Ausbleiben finanzieller Risiken wie oben beschrieben. Dies unter Wahrung eines engen persönlichen Kontakts zum ständigen Wissenstransfer und Vorgehenstransparenz.

Dazu hat sich nachfolgendes Vorgehen mehrjährig bewährt:



Retrospektive Erlössicherung nach Erstfaktura



Prospektive Erlössicherung vor Erstfaktura

Und wie gestalten sich die Ergebnisse konkret in der Praxis?

Exemplarisch können auszugswise die nachfolgend anonymisierten Ergebnisse von 7 Spitälern einen Einblick geben, welcher in Hinsicht auf die Quoten zu revidierender Fälle sowie resultierendem Mehrerlös eine mehrjährig bewährte Konstanz über jede Organisationsgrösse und Trägerschaftsform aufweist. Je breiter und komplexer das Eingriffsspektrum, desto höher sind die nicht realisierten Potenziale.

	Spital 1	Spital 2	Spital 3	Spital 4	Spital 5	Spital 6	Spital 7	SUMMEN
Analyse-Zeitraum	12 Monate	12 Monate	12 Monate	12 Monate	12 Monate	6 Monate	6 Monate	72 Monate
Spitalkategorie	1	1	2	2	2	3	4	
Revidierte Fälle	236	317	484	502	443	498	844	3324
Korrigierte Fälle	61	121	151	210	131	167	251	1091
Realisierter Mehrerlös	167 171 CHF	374 256 CHF	449 973 CHF	707 397 CHF	412 209 CHF	552 498 CHF	811 805 CHF	3 469 309 CHF
Mehrerlös/Fallkorrektur	2741 CHF	3097 CHF	2987 CHF	3343 CHF	3152 CHF	3316 CHF	3234 CHF	3124 CHF

Exemplarische medPal®-Projektergebnisse (Auszug)

Legende Spitalkategorien (auf Basis der Anonymitätsvereinbarungen mit den Spitälern)

1 = Anzahl analysierter stationärer Fälle: < 4999

2 = Anzahl analysierter stationärer Fälle: >= 5000 und < 9999

3 = Anzahl analysierter stationärer Fälle: >= 10 000 und < 19 999

4 = Anzahl analysierter stationärer Fälle: >= 20 000

Das Mehrerlöspotenzial liegt dabei bisher ausnahmslos bei mehreren hunderttausend Franken je Leistungserbringer mit mehr als 10 000 stationären Patienten pro Jahr. Das jeweilige Mehrerlöspotenzial ist dabei im Wesentlichen abhängig von der Versorgungs-

stufe sowie des Leistungsspektrums des Leistungserbringers und auch dessen personeller, organisatorischer Struktur- sowie Prozessqualität in der Leistungsplanung, -erbringung, -dokumentation, -kodierung und -abrechnung.

In Hinsicht auf das zu Artikelbeginn Genannte kann demnach konstatiert werden, dass in der Schweiz sehr relevante Erlöspotenziale in der stationären Leistungsabrechnung bestehen, welche seit der Einführung des SwissDRG-Systems über Jahre hinweg nicht realisiert wurden. Dies übrigens analog der parallel und ergebnisgleichen Erfahrungen in Deutschland wie auch dem Fürstentum Liechtenstein.

Daher wird empfohlen ergänzend bzw. initial sogar ersetzend zu Kosten- und Aufwandseinsparungsinitiativen vorerst die nachgewiesenermassen niederschwellig potenzialreichen Handlungsoptionen einer strukturiert nachhaltigen Erlössicherung zu evaluieren und umzusetzen. Denn diese somit gewonnenen Ressourcen kommen unmittelbar den Kernanspruchsgruppen der Patienten und Mitarbeitenden sowie sämtlichen strukturqualitätsgebenden Rahmenbedingungen zu Gute, welche teilweise durch effizienz- bzw. rationierungsfokussierte Massnahmen eingeschränkt und damit in relevantem Mass limitiert werden, was sich erfahrungsgemäss nachhaltig betrachtet deutlich nachteiliger gestalten kann.

Fazit

Somit ergibt sich zweierlei Konklusion: einerseits ist die bisherige wie aktuelle öffentliche Berichterstattung über primär eigennützig opportunistische Abrechnungspraktiken der Spitäler nicht nur tendenziös sondern auch unreflektiert einseitig sowie die Leistungserbringer damit in ein kritisch falsches Licht stellend.

Denn Spitäler sind aktuell aufgrund der oben genannten Gründe wie auch weiteren, wie bspw. auch wesentlich der zunehmenden Digitalisierung und damit Transformation bisheriger und häufig tradiertter Organisations-, Prozess- und Dokumentationsformen, ausreichend damit beschäftigt, die initial gesetztes- und tarifwerkkonform abrechenbaren Leistungen richtig zu fakturieren.

Dies, wie dargestellt, mit einem ökonomisch betrachtet sehr relevanten finanziellen Volumen, so dass dies in einer professionell organisierten Unternehmung derzeit gar keinen Bedarf an übertriebenen bis hin zu gar illegalen Abrechnungspraktiken generiert, da man zuerst jene Aufwände generieren kann, um jene Honorare, welche redlich und legitim verdient sind, auch systemkonform einzunehmen. Und dies wie dargestellt in einem relevanten sechs- bis siebenstelligen Umsatzbereich pro Leistungsanbieter und Geschäftsjahr.

Wir haben ein klares Ziel: Die Marktpositionierung und die Wettbewerbsfähigkeit von Leistungserbringern im Gesundheitswesen zu optimieren.

Für Spitäler sind wir der Spezialist für DRG's – Erlössicherung ist unsere Kernkompetenz.

Aktuell bilden 34 Fachexperten unser interdisziplinär besetztes sowie (inter)national erfahrenes Team über die Länderplattformen Schweiz, Fürstentum Liechtenstein und Deutschland. In Deutschland wird das identische Leistungsangebot via unserer Tochterfirma medCare Deutschland GmbH in Mainz angeboten.

Weitere Informationen finden Sie hier: <https://www.medcare-schweiz.ch/medpal/www-medcare-schweiz.ch>

Weitere Dateien zum Download finden Sie untenstehend:

[Retrospektive Erlössicherung nach Erstfaktura](#)

[Prospektive Erlössicherung vor Erstfaktura](#)